

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1889

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 3 avril 1889, à 1 heure

Par N.-GR. RACOVICÉANU

Né à Pitești (Roumanie), le 1^{er} septembre 1860.

Ancien externe des hôpitaux

DES
INDICATIONS & DES RESSOURCES OPÉRATOIRES

DANS LES
RÉTRODÉVIATIONS CHRONIQUES DE L'UTÉRUS

Président : M. TRÉLAT, professeur.

*Juges : MM. } POTAIN, professeur.
 } SEGOND, LANDOUZY, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DES ÉCOLES
HENRI JOUVE

23, Rue Racine, 23

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DAMASCHINO.
	{ DIEULAFOY
	{ GUYON.
Pathologie chirurgicale	{ LANNELONGUE.
	{ CORNIL.
Anatomie pathologique	MATHIAS DUVAL.
Histologie	DUPLAY.
Opérations et appareils.	REGNAULD.
Pharmacologie.	HAYEM.
Thérapeutique et matière médicale.	PROUST.
Hygiène.	BROUARDEL.
Médecine légale	
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveaux-nés	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUSS.
	{ G. SÉE.
	{ POTAIN.
Clinique médicale.	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	{ GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	{ RICHEL.
	{ VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	{ TRELAT.
	{ LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	N.

Professeurs honoraires.

MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. HANOT	MM. PEYROT	MM. REMY
BLANCHARD	HANRIOT	POIRIER, chef	REYNIER
BOUILLY	HUTINEL	des travaux	RIBEMONT-
BRISSAUD	JALAGUIER	anatomiques	DESSAIGNES
BRUN	JOFFROY	POUCHET	ROBIN (Albert)
BUDIN	KIRMISSON	QUENU	SCHWARTZ,
CAMPENON	LANDOUZY	QUINQUAUD	SEGOND
CHAUFFARD	MAYGRIER	RAYMOND	TROISIER
DEJERINE		RECLUS	VILLEJEAN

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MON FRÈRE

AU DOCTEUR MECULESCU, MON COUSIN

Médecin de l'hôpital de Pitești

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE TRÉLAT

Professeur de clinique chirurgicale
Ancien Président de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

DES
INDICATIONS ET DES RESSOURCES OPÉRATOIRES
DANS LES

RÉTRODÉVIATIONS CHRONIQUES DE L'UTÉRUS

AVANT-PROPOS

Venu en France pour étudier la médecine, nous avons eu la bonne fortune d'être des élèves de M. le professeur Trélat. C'est par ses remarquables leçons cliniques que notre maître nous a inspiré le sujet de cette thèse. Qu'il veuille bien agréer l'expression de notre vive gratitude pour les précieux enseignements qu'il nous a donnés, la bienveillance qu'il nous a témoignée durant nos études, et l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre travail inaugural.

Nous adressons ici à nos autres chefs de service, MM. Luys, Bouilly, Segond, Pinard, Auvard, l'hommage de notre profond dévouement. A nos chefs de cliniques MM. Gérard, Marchant et Barette nous exprimons nos sentiments de reconnaissance.

Nous remercions MM. Segond, G. Marchant, Picqué, pour les observations qu'ils ont eu la bonté de nous communiquer, et aussi MM. Delbet et Phocas qui nous ont aidé de leur conseils.

Que MM. les docteurs Tournesco, Severcano, Rimniceano, Istrate, qui ont dirigé nos premiers pas dans la

carrière médicale reçoivent aussi le témoignage de nos meilleurs souvenirs, ainsi que nos amis Lucien Arnaud et Émile Durand qui ont bien voulu nous aider.

INTRODUCTION

Très souvent nous parlerons de la position normale de l'utérus ; il nous semble bon de dire, en passant rapidement quelle est cette situation. La question nous paraît des plus épineuses, à cause de la confusion regrettable qui existe entre la forme et la situation de la matrice. Schultze (1) dans son travail sur les déviations utérines, semble avoir dit le dernier mot sur l'attitude normale de l'utérus : d'une part par la palpation bimanuelle, et des mesures prises avec un compas d'épaisseur spéciale ; de l'autre à l'aide d'une sonde graduée et d'un rapporteur de type particulier. Il fut amené à conclure que : « la position normale de l'utérus est l'antéversion, le rectum et la vessie étant vides ; et qu'un certain degré de mobilité de l'utérus, et la possibilité de changements de position spontanés même notables appartiennent aux caractères de cette situation. »

Nous adoptons comme la meilleure, l'opinion du professeur d'Iéna ainsi que la définition qu'il donne des déplacements en arrière (pathologiques). « La rétroversion, dit-il, est caractérisée par la situation stable, en arrière du fond de l'utérus, l'organe étant étendu ou ne conservant qu'un léger degré de flexion antérieure ; la rétroflexion, par la

1. *Trait. Déviations utérines*. Traduction française Herrgott.

même situation de l'utérus avec une flexion de l'organe sur sa face postérieure. »

Pour expliquer le mode de production des rétroflexions, on a incriminé le relâchement aussi bien que le raccourcissement des moyens de soutien de l'utérus ; plus tard on a accusé en plus l'inflammation soit de la matrice, soit du tissu cellulaire péri-utérin, soit des annexes. L'accouchement est la principale cause (90 fois sur 100), Schultze, Trélat), c'est lui qui ramollit, relâche, allonge les ligaments, et déchire le périnée ; les autres cas sont dus à l'inflammation chronique, péritonéale ou cellulaire, presque toujours de nature infectieuse. Souvent ces deux éléments se combinent pour constituer la variété des cas : c'est de cette association et de la prédominance de chacun d'eux que découle la nature de l'intervention.

DIVISION DU SUJET

Nous avons à étudier, les déviations postérieures de l'utérus ; la rétroversion et la rétroflexion chronique en dehors de la grossesse, spécialement au point de vue des indications opératoires, et des moyens chirurgicaux qu'on leur oppose. Nous laissons de côté le prolapsus de la matrice dont nous ne parlerons qu'incidemment.

La grande majorité des rétrodéviations en dehors de la grossesse, se développent lentement, insidieusement ; parfois l'attention n'est attirée sur les organes génitaux que par la stérilité. Mais une fois constituée, la position vicieuse de l'utérus détermine souvent de la gêne, des souffrances, ou des troubles fonctionnels variés, qui, conti-

nuant à s'accroître graduellement, entraînent l'impuissance physique et obligent les malades à garder le repos : l'intervention chirurgicale devient alors nécessaire.

Le sujet comprendra deux parties : la première, sur les indications opératoires ; la seconde, sur les ressources dont dispose le chirurgien pour les combattre. Cette dernière aura deux subdivisions : 1° opérations préliminaires ; 2° opérations curatives, comprenant les agents divers employés pour atteindre la guérison. Après avoir décrit séparément ces procédés, nous présenterons ceux qui nous paraissent les plus efficaces, et montrerons l'indication de chacun d'eux.

L'hystéropexie sera envisagée comme opération faite de propos délibéré, réservée spécialement aux déviations en arrière, et dans le cours d'une autre opération ayant nécessité la laparotomie. Nous la négligeons dans les autres cas, et aussi dans son application aux abaissements de l'utérus. Nous disons seulement qu'elle ne nous paraît pas remplir seule, dans le prolapsus de la matrice, des conditions suffisantes de réussite.

PREMIÈRE PARTIE

Indications opératoires

Dans les observations de rétrodéviations où l'indication opératoire est notée, j'ai trouvé des rétroversions, des rétroflexions et les deux associées. Les rétroversions sont : les unes simples, les autres accompagnées de prolapsus de l'utérus ; les rétroflexions tantôt simples, tantôt avec

déchirure partielle ou complète du périnée, prolapsus de l'utérus, et un ou deux ovaires prolabés : les rétroversions et rétroflexions associées étaient simples, ou avec chute de la matrice, et d'un ovaire prolabé.

Malheureusement Cassati (de Rome) s'est réservé la publication de ces observations qui seraient au nombre de 139 ; parmi celles que j'ai recueillies, la douleur existait avec des caractères variables : sensations de pesanteur abdominale ; douleur de ventre, lombaire, rénale, anale ou dorsale, plus souvent continue, d'autres fois périodique se réveillant par la station debout ; dans un seul cas le mouvement de la voiture l'exagérait, dans trois autres elle survenait dès que la contention de l'organe cessait ; quelquefois elle était si violente qu'elle empêchait la marche et condamnait la malade au repos absolu. Des troubles menstruels sont cités dans vingt cas, ils consistent en aménorrhée, dysménorrhée, métrorrhagies, règles très prolongées ; Georges Fowler trouva une dysménorrhée si pénible qu'elle servait seule d'indication opératoire. Les troubles nerveux sont notés dans plusieurs observations, ce sont des attaques épileptiques coïncidant avec les règles, ou en dehors des pertes, des névralgies périodiques, de la tendance hypémanique, des défaillances, des vomissements, de l'asthme récurrent périodique, du délire, des troubles hystériques variés, enfin, par suite des explorations gynécologiques répétées, une femme très nerveuse contracta des habitudes de masturbation. On trouve signalés le catarrhe vésical, la vessie irritable, l'incontinence d'urine, les mictions fréquentes, la constipation opiniâtre, avec défécation difficile et douloureuse. La stérilité ne se

rencontre que dans quatre cas ; la dyspepsie, la leucorrhée, l'endométrite, existent presque toujours, plus ou moins prononcées. Très souvent les moyens mécaniques sont impuissants à contenir l'organe, ou sont douloureusement supportés, et par suite contre indiqués, le pessaire efficace et indolore au début, devient rapidement intolérable, et la femme le retire. Plusieurs fois est notée l'impuissance des traitements variés et prolongés ; enfin le PROLAPSUS D'UN OU DE DEUX OVAIRES, EXTRÊMEMENT DOULOUREUX, EST SOUVENT ASSOCIÉ A DES TROUBLES MENSTRUELS.

EN RÉSUMÉ la douleur variable comme intensité, les troubles nerveux, les troubles menstruels et fonctionnels associés à l'insuffisance des moyens mécaniques et à l'échec des traitements variés, existaient dans tous les cas où on a cru nécessaire d'intervenir. L'étude attentive et détaillée des observations montre que les phénomènes sympathiques et les troubles fonctionnels peuvent atteindre une telle intensité que si la vie ne se trouve pas directement menacée, elle est du moins rendue malheureuse et insupportable : mais, dans la majorité des cas c'est la longue durée des phénomènes pénibles, et l'échec des divers moyens thérapeutiques longtemps employés, qui forcent les malades à s'adresser aux chirurgiens, en réclamant une intervention active.

Alexandre (de Liverpool) fut conduit à opérer une rétroversion simple, ne se traduisant par aucun phénomène pénible, ni douleurs ni troubles fonctionnels, découverte par le toucher vaginal, chez une femme qui avait des attaques épileptiques coïncidant avec les règles ; deux opérations antérieures (ligature de l'artère vertébrale) étaient

restées sans influence ; le raccourcissement des ligaments ronds et la mise en position de l'organe ont fait disparaître complètement les accès du mal comitial. Seulement dans trois autres cas dont deux appartiennent au même auteur ; l'opération n'a eu aucune action sur l'épilepsie et une autre femme très nerveuse est devenue épileptique un an après l'intervention. Donc pour un succès il ne s'en suit pas que lorsque chez une épileptique on trouvera une rétrodéviatiion ne déterminant aucun trouble appréciable ; la coïncidence des accès avec les règles doit être considérée comme indication opératoire ; à moins que les attaques se trouvent être modifiées soit comme nombre, soit comme durée par la contention en position normale de l'organe.

William Gardner, *in centralblatt fur gynakologie* 1888 et *Imlach Archives de gynécologie et d'obstétriques*, 1886, mais surtout le premier donne pour indication opératoire des rétrodéviations, la coexistence d'un ou deux ovaires prolabés ; Gardner cite 20 observations dans lesquelles l'Alexander fut faite pour cette condition. Imlach, en dehors de l'association de la rétroflexion avec l'ovaire prolabé, mentionne la douleur, la dysménorrhée, les métrorrhagies.

Malheureusement ces observations sont par trop laconiques ; elles mentionnent simplement l'état satisfaisant de la malade, et la bonne position de l'utérus, il n'est pas spécifié si les ovaires prolabés étaient adhérents ou non. Cependant leur fixation ne peut se faire que grâce à la pelvi-péritonite qui détermine des brides ou des lames serrées de fausses membranes soit avec la face postérieure

de l'utérus, soit avec le péritoine pariétal dans le cul-de-sac de Douglas, avec la face antérieure du rectum, ou avec les ligaments utéro-sacrés ou avec le bassin. Je ne vois pas ici quelle action peut avoir la contention de l'utérus en position normale sur les ovaires, d'autant plus qu'étant adhérents il existe le plus souvent, pour ne pas dire toujours des lésions profondes du côté des annexes, tels que ovarite, péri-ovarite, salpingite, pelvi-péritonite, plus ou moins avancées. La restitution de l'organe en position normale dans de pareilles conditions est absolument insuffisante au point de vue de la douleur comme le montrent les observations. L'utérus est maintenu, mais la douleur persiste, de sorte qu'il n'y a pas soulagement et qu'on est forcé de recourir à une nouvelle opération. Ce qui me paraît le mieux, c'est de songer aux annexes en premier lieu, de les extirper si elles sont malades, puis de fixer l'utérus à la paroi abdominal, s'il y a nécessité, c'est-à-dire si la destruction des adhérences, et l'extirpation des parties malades ne suffisent pas à maintenir la matrice réduite.

L'indication opératoire pour les rétrodéviations peut résulter de l'existence d'une rétroflexion ou rétroversion, avec un ou deux ovaires prolabés et mobiles, devenus douloureux par suite de gêne circulatoire, et de compression des organes, l'utérus étant mobile, réductible, mais impossible à contenir par des moyens mécaniques.

Gardner (*loc. cit.*) ajoute encore comme indication, les cas où les pessaires ne peuvent pas maintenir l'utérus réduit, ou sont douloureusement supportés. Telle femme qui avant l'opération souffrait et ne pouvait marcher se trouve

après intervention sinon complètement guérie, du moins dans de meilleures conditions.

Polk (*centrb. für gyn.* 1888), est catégorique sur les conditions que doit remplir une rétroflexion pour être opérable : « Rétroflexion avec utérus mobile et réductible lorsque les pessaires n'ont pas d'action de contention, ou sont douloureusement tolérés. »

Shene Keith in Edimbourg. Medic. Journal de 1886, dit : « L'opération est indiquée lorsque la rétroflexion existe depuis longtemps, voire des années, les pessaires étant restés sans action et l'organe ne pouvant être soutenu en bonne position. »

Pour Cassati (de Rome) qui avait opéré 139 rétrodéviations, l'indication principale est la douleur accompagnée de dysménorrhée ; il formule son opinion de la manière suivante : « L'existence d'une rétroflexion douloureuse accompagnée de dysménorrhée demande l'opération. »

M. le professeur Trélat divise ainsi les indications opératoires : 1° Rétroflexion ou rétroversion douloureuse avec utérus mobile et réductible impossible à contenir par les pessaires ; 2° déplacements postérieurs qui échappent à l'action des pessaires ; 3° rétroflexions difficilement réductibles, ou irréductibles, avant ou après manœuvres de redressement.

Il résulte de l'étude attentive des observations et de l'opinion des auteurs cités auxquels nous pouvons ajouter MM. Schultze, Olshausen, Sanger, Léopold, Terrier, Pozzi, Picqué, que les indications opératoires sont générales et spéciales suivant chaque intervention opératoire. Je m'occuperai d'abord des indications générales, laissant les

spéciales pour plus tard alors que j'étudierai particulièrement les deux méthodes opératoires aujourd'hui pratiquées.

En général, toutes les rétrodéviations douloureuses et accompagnées de troubles menstruels, ou impossibles à contenir à l'aide des moyens mécaniques, constituent des indications opératoires ; la douleur, la métrorrhagie, la dysménorrhée et la chute de l'organe en arrière, malgré le pessaire, sont les principaux facteurs qui réclament une opération ; mais à côté de ces facteurs viennent s'en placer d'autres, tels que les troubles fonctionnels, le prolapsus douloureux d'un ou de deux ovaires mobiles. Ces différentes indications peuvent se ranger sous plusieurs chefs :

1° Rétroflexion ou rétroversion douloureuse empêchant la marche et le travail, rendant la vie intolérable, les moyens mécaniques étant sans résultat ;

2° Rétrodéviations douloureuses accompagnées de troubles menstruels et déterminant des troubles fonctionnels, notamment l'incontinence d'urine, ou la constipation opiniâtre, les pessaires étant sans action ;

3° Rétroflexion ou rétroversion compliquée du prolapsus d'un ou de deux ovaires mobiles avec la matrice, le maintien de l'utérus à l'aide des pessaires devenant intolérable ou ceux-ci se montrant impuissants ;

4° Rétroflexions irréductibles et douloureuses, les pessaires étant sans aucun rôle.

Quant aux contre-indications, nombreuses avant l'antisepsie, presque nulles aujourd'hui, elles sont permanentes ou transitoires. Parmi les contre-indications permanentes se trouve l'absence de douleurs et de troubles

fonctionnels, dans les rétrodéviations qu'on ne découvre que par hasard, l'attention¹ étant attirée sur les organes génitaux internes, par la stérilité ou les attaques épileptiques; la rétroversion résultant d'un vice de développement de l'utérus; enfin la régression vicieuse qui existe sans troubles d'aucune sorte.

Les contre-indications transitoires, qui n'en sont pour ainsi dire pas, comprennent l'inflammation aiguë : la métrite, la péri-métrite; les poussées aiguës dans des foyers chroniques; mais toutes sont générales. M. Poulet de Lyon nie comme contre-indications les inflammations chroniques; d'après lui, le traitement est favorisé par leur existence.

DEUXIÈME PARTIE

Ressources opératoires

Les moyens dont disposent les chirurgiens pour combattre les attitudes vicieuses de la matrice se groupent en opérations préliminaires et opératoires curatives.

Les moyens préliminaires ne s'adressent pas à la déviation de l'utérus, mais bien à ses complications, compagnes constantes des positions vicieuses; ce sont : la dilatation du col de l'utérus, le curage, le massage et le redressement.

Les moyens curatifs sont multiples; leur nombre augmente chaque année, ce qui démontre l'inefficacité des procédés antérieurs. Toutes ces opérations rentrent dans

les cinq catégories suivantes : 1° *Procédés agissant sur la paroi vaginale*; 2° *Procédés agissant sur le col de l'utérus*; 3° *Procédés attirant ou fixant le fond de l'utérus en avant de l'axe pelvien*; 4° *Extirpation totale de la matrice*; 5° *Procédés d'association*.

Mais avant de décrire séparément chacun de ces procédés, je dois répondre à une question indispensable, sans laquelle il n'y aurait ni ordre, ni méthode dans ce qui va suivre. Quand doit-on traiter les complications, qui accompagnent les déviations?

Est-ce avant le déplacement ou après le redressement? Ou doit-on ne pas les traiter du tout? En Allemagne les partisans de l'hystéropexie, toutes les fois que l'indication opératoire existe, agissent sans tenir compte des complications; avec la main, ils détruisent les adhérences, et si les annexes sont malades ils les enlèvent; quant à l'endométrite, la position de l'organe permettant le libre écoulement des sécrétions pathologiques, facilite son traitement si elle ne le guérit pas. Schultze (*loc. cit.*) veut qu'on commence par la réduction de l'organe : l'une des causes de congestion et de rétention des produits morbides se trouve ainsi supprimée. Presque tous les auteurs anciens ne traitaient les complications qu'en second lieu; ils avaient même réuni sous forme d'adage la manière d'intervenir dans les déviations postérieures : « Redresser et maintenir »; ils ne sortaient de cette formule que lorsque l'utérus était adhérent et ne voulait pas céder aux essais de réduction, où lorsqu'ils étaient pour ainsi dire désarmés devant la maladie et que faute de mieux ils ne pouvaient s'adresser qu'aux complications.

Pourtant Cazeau disait : « Guérissez la maladie principale et la déviation guérit d'elle-même » Depaul ajoute que « l'utérus se redressera tout seul, avec la cessation de l'état inflammatoire ». Aran et Hervez répondent : « Cela, nous ne l'avons pas vu, mais nous avons vu que, la réduction de la déviation opérée, l'engorgement ou l'augmentation de volume disparaissait souvent ». Alexander opérait souvent pour guérir les inflammations chroniques ; il ne faut pas oublier qu'il considérait les adhérences comme des contre-indications au raccourcissement des ligaments ronds.

M. Pouillet pratique simultanément la dilatation de l'utérus, le traitement antiseptique de la métrite et le redressement de l'organe, dans les cas de rétroflexion adhérente. M. le professeur Trélat considère le redressement comme utile dans tous les cas et se prononce catégoriquement sur la nécessité de traiter la complication en premier lieu, et de procéder ensuite au redressement (*Leçons cliniques, Charité*).

Partant du point mis en évidence par notre maître Trélat, que les manœuvres de redressement sont toujours utiles : les idées actuellement reçues sur la nature de l'inflammation des organes génitaux internes, ne permettent plus d'accepter les théories anciennes. L'opération destinée à supprimer l'attitude vicieuse de l'utérus ne peut avoir aucune influence sur l'infection de l'organe, et avec la meilleure position donnée à la matrice, la guérison ne peut pas être obtenue : il y a amélioration, car les produits morbides s'écoulent librement et ne s'accumulent plus comme auparavant, mais il n'y a pas guérison, et sous

l'influence des manipulations opératoires, l'inflammation peut devenir aiguë et se propager aux annexes.

Donc il faut traiter les complications, sans aucun doute. Mais faut-il les soigner avant ou après les déviations ? A ce point de vue la conduite à tenir varie avec la multiplicité des foyers, avec leur siège, avec leur gravité et avec la nature de l'intervention. Lorsque le déplacement Postérieur s'accompagne simplement d'endométrite légère, l'utérus étant mobile, et facilement réductible, le traitement primitif de la complication n'a pas d'importance, à moins qu'au cours de l'opération la mise en place et le maintien de l'organe, se fassent avec des tiges intra-utérines ; dans cette dernière condition il faut aseptiser le terrain sur lequel on agit. Mais, quand les foyers sont multiples, étendus, ou que l'utérus se trouve immobilisé par des adhérences, le traitement devant être prolongé : car on ne sait pas tout d'abord si les brides sont susceptibles de s'allonger ou de céder, il faut alors commencer par les complications. Désinfecter le champ opératoire, est le principe fondamental de toute antisepsie, en même temps on se met à l'abri des propagations qui peuvent résulter des manœuvres pratiquées sur les organes encore malades.

CHAPITRE I

OPÉRATIONS PRÉLIMINAIRES

§ 1. — *Dilatation du col de l'utérus*

L'antisepsie vaginale faite, on procède à la dilatation du conduit cervical de la matrice ; celle-ci peut-être obtenue de deux manières ; brusquement ou lentement, d'où le pro-

cédé de dilatation brusque extemporanée et le procédé lent progressif.

La dilatation brusque extemporanée est une sorte de divulsion consistant à ouvrir le col utérin avec violence et en une seule séance ; c'est une opération de nécessité rendue obligatoire par une trop grande étroitesse de l'orifice interne, ou par la contraction rapide du col. Elle s'obtient soit à l'aide des dilatateurs spéciaux, tels que celui de Sims, les sondes de Kœberlé, les bougies d'Hégar ; soit avec le bistouri ou les ciseaux comme la pratique Gœlet. La dilatation ne doit pas être poussée trop loin ; dès qu'on peut passer les instruments nécessaires, pour nettoyer la cavité utérine, on doit l'arrêter ; aussi ce procédé n'est applicable avec avantage, que dans les cas spécifiés plus haut. Dans les autres il a le désavantage suivant : il est douloureux ; il ne peut être fait que la femme étant endormie ; il est brutal et ajoute son traumatisme à celui du curage. Souvent on est forcé, au milieu des manœuvres intra-utérines d'y avoir recours, pour recommencer la dilatation, car l'orifice interne du col de l'utérus se referme sous l'action stimulante de la curette, qui provoque des contractions utérines. En outre ce procédé n'a pas l'avantage d'étaler la muqueuse utérine, de la déplisser et de rendre l'abrasion plus aisée et plus complète.

La dilatation lente et progressive est la méthode la plus employée ; elle s'obtient soit à l'aide des tiges de lamineuses, d'éponges préparées, de petits tampons d'ouate ou de gaze iodoformée. M. Vulliet préconise des petits tampons d'ouate, gros comme un pois ou un haricot, trempés dans une solution d'éther iodoformée, au dixième

ou à 1 pour 30, sont poussés dans la cavité du col de l'utérus et autant qu'il peut en contenir ; au bout de 12 heures au plus on peut renouveler les tampons, en augmentant le nombre pour accroître la dilatation ; chaque tampon doit être muni d'un fil pour permettre l'extraction facile. Pour l'introduction de ces boulettes, M. Vulliet préfère la position genu-pectorale, la vulve écartée à l'aide d'une valve de Sims ; il considère cette attitude comme la plus commode pour l'opération et la moins douloureuse. En Allemagne, on emploie surtout des bandes de gaze iodoformée, à cause de leur introduction et extraction plus faciles. La plupart des gynécologistes ne se servent plus actuellement que de tiges de lamineires, ou d'éponges préparées, séparément ou alternativement combinées.

L'éponge préparée à la ficelle, taillée suivant la nécessité et le but qu'on veut atteindre, doit avant sa mise en place, être plongée pendant un quart d'heure ou une demi-heure dans une solution d'éther iodoformé saturé : elle ne doit être laissée plus de 6 à 8 heures dans le col, pour empêcher son engagement trop absolu dans les interstices des plis de la muqueuse.

Les tiges de laminaire de grosseur différente afin d'obtenir la dilatation voulue, doivent être conservées dans l'éther iodoformé, et préparés comme les éponges. On peut les laisser plus longtemps en place (en moyenne 12 heures), mais elles peuvent séjourner sans grand danger pendant 24 heures ; après quoi on introduit une nouvelle tente d'un calibre supérieur à celui de la tige précédente.

Peut-on se servir deux ou plusieurs fois de la même

tige de laminaire ? Oui, à condition de la désinfecter complètement et totalement.

La tente de laminaire placée dans le col de l'utérus a besoin d'être soutenue par un tampon vaginal antiseptique. Chez les femmes nerveuses la laminaire peut produire des douleurs assez vives ; on cite le cas d'une tige introduite par un spécialiste allemand dans la cavité cervicale de la matrice qui fut oubliée par la femme, et laissée en place pendant trois jours, et qui détermina une métrite avec salpingite grave : d'où le conseil de toujours surveiller les malades et d'attirer leur attention sur la présence de la tente dans l'utérus : les douleurs, on les calmera à l'aide de lavements, à parties égales de bromure de potassium et de chloral (à 1 gr. 50). Les femmes que l'on dilate n'ont pas besoin de garder le repos, cependant on fera bien de le leur conseiller et autant que possible de l'exiger. Veper dans sa thèse inaugurale, fait l'étude détaillée et critique des différentes méthodes de dilatations connues.

Dans certains cas, au cours d'une dilatation lente et progressive, non complète, peuvent survenir des accidents qui forcent le chirurgien à agir rapidement ; alors comme au cours d'une opération intra-utérine dans laquelle le col se resserre par suite de la contraction musculaire, réveillée par les manœuvres ; on associe les deux procédés d'où un troisième, mixte, provenant de l'alternance de deux premiers. Cette manière de faire est supérieure à la dilatation brusque ; le séjour des tiges ou éponges même peu prolongé, modifie le tissu utérin et le rend plus souple, ce qui permet d'éviter les déchirures du col ainsi que le

prouve la pratique de ce moyen, que j'ai vu pour ma part bien des fois.

§ 2.— *Curage de l'utérus*

Cette opération a pour but l'abrasion de la muqueuse utérine ; elle se fait après la désinfection du vagin, et la dilatation du conduit cervical de la matrice, l'organe étant abaissé ou non. L'abaissement de l'utérus lorsqu'il est difficile, doit être proscrit, par exemple chez les femmes qui ont eu, ou qui ont de la paramérite ; on le pratique généralement avec une pince de Museux, ayant soin de n'attraper le col que par ses bords, surtout si la femme n'est pas endormie, la muqueuse vaginale étant sensible ; le jour est obtenu à l'aide d'une valve de Sims.

Manuel opératoire. — La femme doit la veille d'être opérée, prendre un lavement purgatif ; le lendemain matin à 7 h., second lavement, mais simple cette fois. Au moment de l'opération la malade est transportée sur le lit à spéculum, où elle est chloroformée ; au début de l'anesthésie, les parties génitales externes de la patiente sont lavées au savon et irriguées avec une solution antiseptique ; et dès qu'elle est complète, la malade est placée en position et l'opération commence. Le tampon vaginal est enlevé, la vulve ouverte avec des valves de Sims, un lavage complet du vagin est pratiqué avec une solution de bichlorure de mercure au millième, la tente est enlevée en tirant sur le fil, ou si elle résiste avec une pince vaginale ; nouveau lavage.

Le col est attrapé avec des pinces, les écarteurs enlevés, on tire alors sur les pinces lentement et avec précau-

tion, jusqu'à ce que l'orifice du col apparaisse à la vulve ; nettoyage complet. On cherche à se rendre compte du degré de dilatation du conduit cervical, et s'il n'est pas revenu sur lui-même ; si l'ouverture n'est pas complète on l'agrandit suffisamment avec des bougies d'Hégar ou le dilateur de Sims. Le libre accès de la cavité obtenu, on pratique une injection intra-utérine avec une solution de glycérine créosotée à 25 grammes pour 250 grammes, qu'on étale à la surface de la muqueuse à l'aide de quelques tours d'un écouvillon. La curette tranchante de Trélat est introduite lentement, et le curage commence, l'instrument est promené dans tous les sens, de manière que l'abrasion soit complète. Au moment où l'on perçoit la crépitation particulière dans tous les endroits, on retire la curette coupante pour la remplacer par la mousse, avec laquelle on finit d'enlever complètement la muqueuse ; il est préférable de ne pas retirer et d'introduire trop souvent l'instrument.

Lorsque la destruction paraît totale, on retire la curette et on pratique un lavage intra-utérin qui débarrasse la cavité de tous les produits qu'elle contient, les pincées sont enlevées, la matrice reprend sa place normale. Le spéculum introduit dans le vagin permet de constater cette position et de laver à nouveau les parties ; le lavage doit être alors prolongé jusqu'à ce que l'eau sorte claire, et ne contienne plus de particules solides. Le vagin est rempli de gaze iodoformée, la toilette de la malade est faite, puis on la porte dans son lit.

Pour plus de détails, voir la thèse soutenue récemment, avec succès par notre collègue et ami Cantin.

§ 3. — *Massage*

Le massage a été appliqué à la Gynécologie par Thure Brand de Stockholm, il consiste en mouvements modérés et variés, exécutés par la main sur les organes génitaux, soit à travers la paroi abdominale, soit directement par le vagin, ou les deux à la fois. Tous les auteurs aujourd'hui louent le massage, dont ils disent avoir obtenu de bons résultats. Je n'ai rien trouvé sur ce procédé; les publications françaises, font défaut, le *Traité de Brand* écrit en français, n'existe pas à la bibliothèque de la Faculté; je n'ai pu me procurer que les articles de M. L. Petit, publiés en 1886, et ceux de Schauta, et Resch *in centralb für gynakolog.*, en 1888.

Schauta nous dit que la méthode de Braud n'est pas facile à apprendre et que rien ne vaut l'étude sur place dans le pays où elle a pris naissance. Resch ajoute : « Le traitement local par le massage n'est qu'une partie de la méthode, les soins hygiéniques, le repos, le traitement symptomatique, constituent la seconde partie, indispensable à employer en même temps. »

INDICATIONS. — Le massage serait utile d'après Resch : 1° dans les inflammations chroniques ou subaiguës du tissu cellulaire du bassin, suivies de déplacement de l'utérus ou de ses annexes; 2° pour l'hématocèle rétro-utérine; 3° pour la métrite chronique; 4° pour le relâchement des ligaments de l'utérus, avec abaissement et chute de l'organe.

CONTRE-INDICATIONS. — Les manœuvres manuelles sont absolument prohibées : dans la pelvi-péritonite aiguë,

dans la métrite aiguë, et dans les affections de nature blennorrhagique de l'utérus et de ses annexes. Schauta a employé le massage dans une série de cas d'exsudats péri ou para-métritiques, dans les déviations utérines à l'exclusion du prolapsus, et il a obtenu des résultats satisfaisants. Profanter s'en est servi avec succès dans 16 cas de périmétrite chronique, de salpingite, de rétroflexion et de chute de l'utérus : la durée du traitement a varié de 2 à 58 jours ; jamais l'auteur n'a observé d'accidents. Dans les relâchements des ligaments avec chute de la matrice, les résultats qu'ils ont obtenus ne sont pas brillants : pour que le succès soit complet, ils demandent les conditions suivantes : 1° que les malades soient jeunes ; 2° que l'affection soit récente ; 3° qu'il n'y ait pas un trop grand relâchement des parois abdominales.

Schauta ne l'emploie pas dans le prolapsus de l'utérus.

ACTION DU MASSAGE. — Les divers mouvements de frottement, du pétrissage, d'expression, d'élévation, de circonvolution, activent la circulation et favorisent la résorption par les capillaires et les lymphatiques, des produits inflammatoires chroniques ; les cicatrices résistantes nécessitent des efforts plus violents et plus prolongés.

MOMENT DE L'APPLICATION. — Resch, dans son article, dit que lorsqu'il s'agit d'hématocèle rétro-utérine, on peut commencer les manipulations 10 ou 14 jours après le début de la maladie, c'est-à-dire alors que les phénomènes aigus ont disparu : pour les inflammations chroniques ou leur résultat, le massage peut être pratiqué immédiatement après l'antiseptie ; seulement, pour la première fois, on fera bien de ne pas débiter au moment

des règles, mais 10 jours avant ou après. Le traitement commencé, on peut le continuer pendant la menstruation, avec avantage même, la congestion du bassin hâtant le travail de résorption : toutefois, l'opinion de Resch sur ce point n'est pas partagée par la majorité des auteurs qui veulent qu'on s'abstienne du massage pendant toute la durée des règles, même s'il est déjà employé.

Au début, les séances doivent être faites deux fois par jour, et chacune d'elles ne doit dépasser cinq minutes ; à mesure que la résolution se fait on augmentera progressivement leur durée et leur nombre, sans aller au-delà de quatre par jour.

MANIÈRE DE PRATIQUER LE MASSAGE. — Suivant que l'action s'exerce à travers la paroi abdominale, par le vagin ou le rectum, et que les manœuvres sont faites par un seul ou par deux médecins, on divise le massage : 1° *massage externe* ; 2° *massage mixte* ; 3° *massage combiné*.

LE MASSAGE EXTERNE consiste en frictions, mouvements circulaires, pétrissage de la paroi abdominale, de façon à introduire la main jusqu'au petit bassin ; les tapottements sur les muscles lombaires, ainsi que la gymnastique de ces muscles complètent ce procédé.

LE MASSAGE MIXTE n'est autre chose que le massage externe auquel on ajoute l'introduction de l'autre main dans le vagin ou le rectum pour élever l'utérus.

LE MASSAGE COMBINÉ demande l'association du médecin et d'un aide ; ce dernier se charge de soulever l'utérus dans l'excavation du bassin tandis que le médecin agit à l'extérieur en saisissant le corps de la matrice qu'il comprime entre les doigts : tous deux combinent leurs efforts

pour arriver à triompher des adhérences. Resch (*loc. cit.*) nous apprend que cette manière de faire est réservée par Brand au prolapsus de l'utérus : « Dans les relâchements des ligaments avec chute de la matrice, un aide est nécessaire, pour plonger la main dans l'excavation et soulever l'organe pendant les manœuvres du massage.

Au *Congrès médical* de Pavie, tenu en septembre 1887, le Dr Cristoforis défend le massage et prescrit les précautions suivantes : Ne pas commencer le massage si le processus local n'est pas éteint, le suspendre pendant cinq jours avant et après les règles. Cuzzi conseille le massage associé à une irrigation continue du vagin, la distension étant mieux obtenue ; selon lui la méthode est plus efficace encore si à l'eau chaude on ajoute des petites quantités de chlorure de sodium.

M. L. Petit dans le *Journal de médecine de Paris*, du mois de mai 1886, faisant la critique du massage en gynécologie a écrit ce qui suit : « Ce traitement a soulevé à juste titre des critiques sévères, les auteurs sont et doivent être sévèrement blâmés, car en dehors de la question de morale, cette pratique a déjà occasionné des désordres tels que sensibilité exagérée, rougeur, douleur, gonflement des parties génitales ; de plus il expose les femmes à des hémorrhagies graves et à des accidents sérieux de l'appareil génital ». D'où il conclut qu'il faut rejeter de semblables pratiques, réserver le massage pour des affections où il réussit, et surtout le débarrasser des exagérations malsaines qui rappellent par trop son origine empirique, tache que les médecins sérieux auront peine à effacer.

Cette critique est par trop sévère ; d'abord le moyen de

guérir, quel qu'il soit ne saurait être immoral, sauf lorsqu'il est pratiqué par des personnes autres que des médecins, ne possédant pas les connaissances nécessaires. Pourquoi M. Petit ne considère-t-il pas le toucher vaginal comme immoral, puisqu'il a provoqué chez une femme hystérique des habitudes de masturbation ?

Le massage d'après ce que nous avons dit, ne saurait plus être considéré comme une pratique irrégulière et empirique ; les efforts de médecins sérieux ont été couronnés de succès ; aujourd'hui ce procédé se trouve soumis à des règles précises, ayant ses indications, ses contre-indications, ses succès, ses revers, le nombre des séances par jour est fixe, ainsi que la durée de chaque séance, et le temps propice pour l'exécution est déterminé.

Brand, Resch, Profanter, Schauta sont unanimes à louer les résultats qu'ils ont obtenus du massage dans les rétro-déviation ; toutefois dans le prolapsus, leurs idées varient : les uns le considèrent comme efficace, les autres nient son action ; chacun établit des conditions de succès sans y arriver complètement. Quant aux accidents qu'on reproche au massage, bien que peu graves, ils existent : cela suffit pour réserver cette pratique aux médecins, mais non pour la rejeter, comme dangereuse, ainsi que le fait M. Petit, seulement le masseur doit posséder une connaissance profonde et complète des affections des organes génitaux et de leurs complications ; tenir compte du terrain et graduer l'effort à la réaction individuelle. Pour ma part, je crois le procédé innocent des accidents observés ; l'absence des indications et contre-indications, et surtout la mauvaise habitude de demander à un moyen

plus qu'il ne peut donner, doivent être accusés au sujet de ces phénomènes. Le massage est donc efficace, rend des services notables, surtout dans les rétro déviations adhérentes, ne peut être accusé d'immoralité et mérite d'être conservé et pratiqué suivant les règles données.

Nous regrettons de ne pas connaître les idées de M. Metzger, le célèbre médecin-masseur d'Amsterdam.

§ 4. — *Redressement*

HISTORIQUE. — Les manœuvres destinées à remettre l'organe déplacé dans sa position normale, sont connues et employées depuis longtemps ; au début on essayait et recommandait les pessaires ; mais on s'aperçut que leur action est autre, et ils tombèrent en désuétude. On s'adressa alors aux tiges intra-utérines ; Kiwisch et Velpeau les ont appliquées, les premiers, sans trop de succès ; plus tard elles furent préconisées de nouveau par Simpson d'Edimbourg, Valleix en France, et Tarnowsky en Russie ; les résultats obtenus étaient meilleurs que les précédents, mais des accidents terribles ne tardèrent pas à se montrer, chose naturelle à cette époque où l'antisepsie n'était pas connue, aussi les auteurs se désintéressèrent-ils, et la méthode fut délaissée. C'est alors que Huguier indiqua un nouveau procédé de redressement de l'utérus à travers le vagin, à l'aide d'une seule main. Je citerai textuellement Aran (1), qui nous dit en quoi consiste la manière de faire de Huguier et en fait la critique. « M. Huguier a mis en usage dans la rétroflexion une sorte de redresse-

1. *Trait. mal. utérus*, p. 1019.

ment mécanique avec la main que l'on continue pendant quelques jours au moyen de grosses mèches introduites dans le rectum, en ayant la précaution de donner de l'opium à l'intérieur pour assurer la constipation. J'ai essayé aussi ce traitement qui serait affreusement douloureux pour les malades, si on ne les plongeait avant le redressement dans le sommeil chloroformique et je n'ai obtenu que des résultats relatifs, le soulagement a été médiocre, et je ne sais si c'est bien au redressement, si ce n'est pas plutôt à l'opium que M. Huguier doit faire honneur des bons résultats de cette pratique. »

On voit donc que dans le procédé de Huguier il y a anesthésie chloroformique, remplacement de l'utérus avec la main et maintien de l'organe. Malheureusement Huguier ne s'adressa pas aux pessaires, par conséquent à la contention vaginale : peut-être aurait-il obtenu des résultats, et serait-il arrivé à l'étudier de plus près. Quoiqu'il en soit, plus tard en Allemagne Schultze étudia cette méthode et la fit sienne ; il donna des détails sur la manière de l'obtenir par l'association des deux mains. M. Courty place les malades dans la position genu-pectorale, distend la vulve et le vagin à l'aide d'une valve de Sims, pour que l'air puisse pénétrer facilement, et équilibre la pression abdominale ; ensuite il introduit les doigts dans le cul-de-sac postérieur et redresse l'utérus ; si l'organe est mobile, la simple attitude de la femme, et la dilatation du conduit vulvo-vaginal permet le rétablissement de la position normale. L'auteur en fait un moyen de traitement ; « la femme tous les soirs se fait écarter les parois vaginales par un aide, et se couche sur le ventre. »

On en était là des manœuvres de redressement, lorsque Schultze et Schröder décrivirent leur procédé. Schultze intitula le sien « *Le redressement bimanuel* ». Ce travail fut bientôt suivi de celui de M. Pouillet de Lyon, et de celui de M. le professeur Trélat sur le redressement à l'aide de fortes tiges intra-utérines.

VARIÉTÉ DE REDRESSEMENTS. — Remettre l'utérus dans sa position normale constitue le second temps des interventions sanglantes ; la matrice peut se laisser redresser facilement, comme dans les rétroversions où rétroflexions récentes avec utérus mobile ; d'autre fois un seul des moyens de redressement ne réussit pas, tandis que l'alternance des manœuvres extra et intra-utérines facilite la restitution ; il y a des cas où l'organe ne reprend sa position normale que sous l'influence des moyens de force souvent répétés et prolongés ; enfin dans les rétrodéviations anciennes, où les adhérences sont étendues et serrées et ne sont susceptibles ni d'allongement, ni de déchirures, ni de se déplacer avec les organes voisins la restitution de l'utérus est impossible sans la destruction des adhérences de visu, à l'aide de la main ou des instruments. Les manœuvres de redressement se divisent en deux groupes ; manœuvres extra-utérines, faites exclusivement avec la main, et manœuvres intra-utérines qui réclament l'emploi des tiges ou sondes rigides pouvant être faites aussi avec le doigt introduit dans la cavité utérine après dilatation préalable.

Redressement par manœuvres extra-utérines

Je n'ai plus rien à ajouter au procédé de Huguier, si

ce n'est qu'il fut vite oublié, et même inaperçu. Passons à celui de Schultze d'Iéna : bien que sa description soit longue, son importance est si grande que je me permets de la donner entièrement.

REPOSITION PAR MANŒUVRES BIMANUELLE. — « La reposition bimanuelle de l'utérus, par le vagin et les parois abdominales, est pratiquée, la femme étant couchée sur le dos, sur son lit ordinaire ; l'index et le médius sont introduits dans le vagin. Si les doigts n'atteignent pas assez haut, ils sont introduits dans le rectum ; pour cela il est le plus souvent nécessaire d'anesthésier la malade, de la placer dans la situation pelvi-dorsale, sur le bord d'une table solide pour que la main de l'opérateur puisse être aisément abaissée. Les deux doigts de la main gauche sont placés aussi près que possible du fond de la paroi postérieure de l'utérus, par le cul-de-sac postérieur du vagin relâché ou par le rectum (comme le montre la figure 65 du texte français), une pression lentement augmentée repousse le corps de l'utérus en haut le long du sacrum, vers le promontoire dans l'entrée du bassin. La pression vers le haut du fond de l'utérus est d'abord tentée dans le côté où la matrice a été trouvée placée. Si le fond de l'utérus est sensiblement au milieu, on reconnaîtra d'abord sa mobilité dans le sens latéral en appliquant un des doigts à droite, l'autre à gauche et on le poussera en haut dans le côté vers lequel il s'échappe le moins. Il n'est pas rare du tout que le premier soulèvement de l'utérus en rétroflexion soit douloureux. Cela ne devra pas interrompre l'opération, en supposant naturellement que le diagnostic ait été probablement bien posé.

Tout obstacle plus sérieux opposé à la réduction imposera de suspendre la tentative, jusqu'à ce qu'il ait été bien reconnu pendant l'anesthésie. Au moment où l'on est parvenu à soulever le fond de l'utérus jusqu'à l'entrée du bassin, entre en action l'autre main placée en observation sur la paroi abdominale, elle reçoit le fond de l'utérus soulevé par les doigts de la main gauche. C'est le temps de l'opération où l'on peut rencontrer de sérieuses difficultés. La longueur du vagin peut n'être pas suffisante pour pousser l'utérus assez haut, ou les doigts introduits par le rectum n'atteignent pas assez haut ; le pannicule graisseux peut être trop épais, les parois abdominales peuvent ne pas avoir assez de souplesse pour permettre aux doigts qui sentent le fond de la matrice de le saisir. On s'aide beaucoup alors pour le porter plus haut, en exerçant sur la portion vaginale du col, une pression vers la symphyse pubienne, ou si c'est possible sur la portion supra-vaginale du col. Si l'utérus est très flexible, si l'index et le médius ont été introduits dans le vagin, l'index exercera la pression sur la portion sus-vaginale, pendant que le médius continuera à repousser en haut le fond de l'organe. Si l'index et le médius ont été introduits dans le rectum, on introduira le pouce dans le vagin pour exercer cette pression. Celui-ci exercera avec plus de succès cette pression sur la paroi vaginale antérieure dans le cul-de-sac antérieur. La pression au niveau de l'isthme de l'utérus n'est nécessaire que quand l'utérus est très flexible.

S'il s'agit de redresser un utérus rétroversé qui est rigide, la pression sur la portion vaginale du col aura un succès plus rapide et plus assuré. Aussitôt que les extré-

mités des doigts de la main placée à l'extérieur seront arrivés au fond de l'utérus, le temps le plus difficile de l'opération est accompli. Si l'utérus est susceptible d'être replacé en situation normale, il n'y a plus d'obstacle à ce que le fond soit amené en avant jusque derrière la symphyse. Les doigts agissant par l'intérieur du bassin abandonnent la paroi postérieure de l'utérus aussitôt que la main placée à l'extérieur aura saisi le fond de l'organe, ils ont maintenant la tâche de repousser la position vaginale du col le plus possible en arrière dans le bassin. Les extrémités des doigts de la main droite ont placé le fond, derrière la symphyse du pubis, et pendant que le médius de la main gauche repousse le col en arrière et en haut, au-delà de la situation normale, l'index constate par le toucher à travers la paroi vaginale antérieure que le fond se trouve entre lui et entre la main extérieure. »

Ce procédé transformé en méthode est celui qui est le plus employé en Allemagne, aussi bien pour le redressement que pour le diagnostic des adhérences utérines ; mais de l'aveu même de Schultze il n'est pas toujours satisfaisant, et ne donne pas toujours de résultat. « Dans des cas particulièrement difficiles, dit-il, j'ai eu à me louer du procédé décrit par moi sous le nom de reposition intra-utérine, aussi bien pour reconnaître que pour combattre exactement les obstacles à la reposition. »

M. le professeur Trélat a essayé le procédé bimanuel, dont il fait la critique suivante : « Schultze d'après les dessins de son livre et d'après les on-dit paraît doué d'une main et de doigts exceptionnellement longs. Le bout de son index atteint à des profondeurs inaccessibles à la plu-

part des autres chirurgiens ; je concède bien volontiers que le doigt vaut au moins une tige d'hystéromètre, mais encore faut-il que ce doigt ait la même pénétration, ce qui ne semble pas être le cas général ». On conçoit donc que les manœuvres extra-utérines, ne sont pas toujours suffisantes, et que dans certains cas surtout lorsque les adhérences sont résistantes et serrées, il faut s'adresser à un autre moyen.

Le redressement intra-utérin se fait à travers la cavité du corps de la matrice, soit avec le doigt, soit avec des tiges ou sondes rigides ; suivant le temps nécessaire que réclame la restitution de l'utérus dans la position normale, ce procédé se divise en : *redressement rapide et extemporané, et redressement lent et progressif*. Le redressement extemporané doit être étudié dans les rétrodéviations avec l'utérus mobile, et dans les déviations adhérentes.

LE REDRESSEMENT RAPIDE DANS LES RÉTROFLEXIONS AVEC UTÉRUS MOBILE s'obtient très facilement ; la manœuvre consiste à introduire la tige hystérométrique, la pénétration devant être faite lentement, doucement, avec précautions, sans force, par un simple mouvement de glissement en relevant la manche de l'instrument autant qu'il est nécessaire. A faire décrire à la tige une grande courbe extérieure à concavité latérale, variable suivant la main qui opère : jusqu'à ce que la tige s'approche de la fourchette, à ce moment on commence par imprimer à l'hystéromètre un mouvement de rotation sur place, lorsqu'on atteint le milieu de la fourchette vaginale, la rotation porte à sa fin ; alors par un mouvement combiné de rotation et

d'élévation, on termine la manœuvre, et l'utérus se trouve remis en place.

REDRESSEMENT RAPIDE DANS LES RÉTROFLEXIONS ADHÉRENTES. — C'est M. Poulet de Lyon qui est le promoteur de ce procédé, l'auteur fait dans une seule séance, le traitement antiseptique de la métrite et des manœuvres forcées de réduction de l'utérus déplacé en arrière; il abandonne à une autre séance seulement les matrices dont la fixation est par trop forte. Son élève M. Roland dans sa thèse inaugurale a donné *in-extenso* ce procédé et laisse parler M. Poulet lui-même, qui s'exprime ainsi : « Dans nos opérations de redressement, nous insistons sur les mouvements de traction dans une même séance, jusqu'à trente ou trente-cinq fois, en déployant une force qu'il est difficile de préciser, mais qui est assez soutenue, pour nous étonner nous-même. Les adhérences cèdent insensiblement, soit par distension, soit par rupture; nous n'avons pas eu heureusement l'occasion de la vérifier dans une autopsie; mais ce qui est certain, c'est que maintes fois le fond de l'utérus qui semblait au début ne pas pouvoir être éloigné de la surface du sacrum, arrivait après quelques minutes de manœuvres au contact de la paroi abdominale, qu'on pouvait même assez soulever pour que le déplacement soit visible aux assistants. »

Dans l'observation I de la thèse de Roland, les efforts pour redresser l'utérus furent assez puissants pour soulever le bassin de la malade : l'auteur nous dit que la femme était de petite taille, mais l'effort déployé parut à M. Poulet même assez considérable pour qu'il jugeât prudent de

s'arrêter, sans avoir reposé l'organe dans la situation normale.

Il ajoute « ce qui nous a permis de faire insensiblement et progressivement ces manœuvres sans accident, c'est la confiance qui nous inspire le traitement préparatoire qui précède notre intervention. Imprégnation de tout l'organe utérin par la glycérine créosotée et son ramollissement par le séjour dans la cavité de tentes de laminaire. Le manuel opératoire consiste : dans un curettage s'il y a lieu, mais toujours un écouvillonnage au préalable, puis on introduit la grosse sonde de Budin dans la cavité utérine, la concavité étant tournée en arrière et par conséquent le bec en bas. Lorsqu'elle est à fond, exécutant un mouvement analogue au tour de maître, nous ramenons le bec en avant, puis saisissant à pleine main la partie de la sonde restée hors du canal génital ainsi que la pince qui fixe le col, nous redressons peu à peu l'utérus en portant en arrière et en bas l'extrémité externe de l'instrument pendant que son bec bascule en avant. En même temps on fait nombre de petits mouvements de latéralité qui sont destinés à mobiliser l'utérus dans tous les sens. Cela toutefois ne nous suffit pas pour amener l'utérus tout à fait en avant, et le coucher horizontalement ; une fois la grosse sonde de Budin retirée nous introduisons à nouveau dans la cavité une tige coudée à angle presque droit et nous achevons notre réduction en portant plus en avant le fond de l'utérus, grâce à l'angle que fait le redresseur. La reposition ne nous paraît complète que lorsqu'on sent bien le fond de l'organe sous les doigts, derrière la symphyse, ceci fait on retire le redresseur angulaire et on fait

un large lavage intra-utérin. C'est alors que pour assurer le maintien de la bonne position on introduit en dernier lieu dans la cavité utérine un petit tuteur métallique qu'on a soin d'habiller de gaze iodoformée imprégnée de créosote.

Le tuteur est enfoncé jusqu'à ce que la petite cupule inférieure soit en contact avec l'orifice externe du col, un volumineux tampon de coton phéniqué recouvert d'iodoforme bourre tout le vagin, et refoule la cupule vers le sacrum forçant ainsi l'utérus à rester couché horizontalement. Le sixième jour, en moyenne, on enlève tout et on ne laisse plus qu'un simple tampon vaginal pour quelques jours. »

Tel est le procédé mis en pratique par M. Poulet qui dit avoir obtenu de très bons résultats, et n'a pas hésité à annoncer à la société de chirurgie que dorénavant il redressera tous les utérus, même les plus adhérents et les plus anciennement malades, sans danger pour les femmes.

REDRESSEMENT LENT PROGRESSIF. — M. le professeur Trélat essaya la méthode de réduction bimanuelle de Schultze, mais ne pouvant introduire assez profondément le doigt il imagina un hystéromètre spécial; la figure 1 représente l'instrument et son jeu.



Nous la devons à l'amabilité de M. Collin, que je tiens à remercier ici. Il est long de 17 centimètres, et épais de 7 millimètres : l'extrémité antérieure peut se courber jusqu'à angle droit, à l'aide d'une vis de rappel placée dans le manche, de manière à pouvoir avec facilité achever l'antéflexion.

La métrite préalablement traitée, la dilatation étant continuée, on verra l'utérus se ramollir, s'assouplir, les points douloureux de ses bords et les indurations périphériques disparaîtront et au bout de 12 à 15 jours on pourra commencer les manœuvres de réduction.

« Celles-ci, dit M. Trélat, devront certainement être faites avec prudence, mais cette prudence n'exclut pas l'emploi d'une assez grande force, pourvu qu'elle soit ménagée. Schultze et Erich (de Baltimore) ont fait la remarque que des tentatives énergiques de réduction bimanuelle, ne déterminaient pas d'accidents et ne laissaient aucune trace au bout de 24 heures.

M. Pouillet déployait assez de force pour soulever le bassin à l'aide de son hystéromètre introduit dans l'utérus, nous-même nous avons constaté que ces tractions peuvent impunément être énergiques sous les deux conditions : 1° *que le champ opératoire soit parfaitement aseptique ;* 2° *que l'effort, tout en restant puissant, soit bien réglé.* Il ne faudra pas persévérer, mais remettre à une séance ultérieure si on éprouve une résistance absolue. Si, au contraire, on sent que les adhérences cèdent, on continuera lentement et graduellement jusqu'à résistance ferme. Le traitement antiseptique sera continué entre les séances et la dilatation maintenue par des tiges

de laminaire. Au début les séances seront espacées de quatre à cinq et six jours. Plus tard elles pourront être rapprochées, et vers la fin du traitement, quand il ne s'agira plus que de déterminer l'antéversion complète, les séances pourront sans inconvénient avoir lieu tous les deux jours et même tous les jours. »

Schultze emploie le doigt à la place des instruments rigides et décrit sa manière de faire sous le titre de « REPOSITION INTRA-UTÉRINE ». « Il consiste en ce que le doigt agissant par la cavité pelvienne, au lieu d'être introduit dans le cul-de-sac vaginal ou dans le rectum, est introduit dans l'utérus préalablement dilaté, pour y trouver un point d'appui. Deux doigts seront introduits dans le vagin, un des deux sera introduit jusqu'au fond de la matrice; le doigt sera étendu et l'utérus s'étendra sur lui, la surface palmaire du doigt fléchi sera dirigée vers la surface antérieure de la matrice. La solidité et la direction des moyens de fixation qui peuvent exister seront reconnues avec exactitude, la force nécessaire pour les vaincre appréciée avec certitude. Si on réussit à ramener l'utérus en avant, pas la moindre anomalie de la surface péritonéale n'échappera aux doigts qui explorent les uns contre les autres, d'une part par la surface interne de l'utérus, de l'autre par la paroi abdominale relâchée par l'anesthésie. Dans certains cas où la paroi abdominale est surchargée de graisse, et où l'utérus est solidement fixé, il peut être recommandé de palper à la fois avec un doigt introduit dans la cavité utérine, l'autre par le rectum; on fixe d'abord le col avec une pince qu'on donne à tenir à un aide; on introduit le doigt dans le rectum; de

cette façon on peut palper contre l'autre par la surface interne de l'utérus. On peut aussi dans l'utérus dilaté introduire jusqu'au fond une sonde avec un bouton de 12 à 15 millimètres de diamètre qu'on confie à un aide, et on explore à la fois par le rectum et les parois abdominales. Si l'on a rompu des adhérences péritonéales lors de la reposition, quelques jours de repos au lit sont indispensables. Schultze n'a jamais vu survenir de phénomènes de péritonite.

Tels sont les moyens mis en usage pour obtenir le redressement de l'utérus rétroversé ou rétrofléchi, mobile ou fixé par des adhérences ; qu'ils réussissent toujours, M. Pouillet est prêt à l'affirmer, lorsqu'il dit : « Je suis prêt à tenter le redressement dans les cas les plus anciens et les plus compliqués, sans danger pour les malades ». Les autres auteurs sont beaucoup moins affirmatifs : Schultze (*loc. cit.*) soutient qu'il y a des cas où la réduction est impossible, et ajoute que là où le redressement bimanuel ne réussit pas, les instruments ne fournissent pas plus de résultat, et qu'en outre ils sont dangereux. Carl Schröder (Berlin) dit : « Si l'on sait par expérience que tous les moyens sont impuissants, il ne reste plus qu'à abandonner l'utérus dans sa position vicieuse et à traiter les symptômes ». Mais il est partisan à outrance des moyens mécaniques, et fort réservé en face des adhérences utérines. Dans l'observation I de la thèse de Roland, due à M. Pouillet, la réduction ne put être obtenue malgré la force employée ; le bassin de la femme était relevé de dessus la table pour la tige intra-utérine, et la matrice ne cédait pas.

Donc il y a des rétrodéviations adhérentes que les ma-

nœuvres intra ou extra-utérines ne peuvent pas vaincre, plus encore il y a des adhérences serrées, non déchirées, mais allongées, qui revenant sur elles-mêmes, établissent une lutte continuelle entre la contention de l'organe (n'importe quel sera le procédé employé pour l'obtenir) et la rétraction fibreuse, lutte qui tôt ou tard se terminera en faveur de cette dernière. Aussi dans ces derniers cas, et seulement alors je crois qu'il est nécessaire de détruire les brides ou les lames fibreuses avec la main, armée ou non. Nous avons dit qu'il y a des obstacles de réduction à l'attitude normale de l'utérus; il nous reste à étudier les difficultés qu'on peut rencontrer dans les différentes manœuvres de réduction; ici encore je laisserai la parole au professeur d'Iéna.

Obstacles au redressement.

RUPTURES DES ADHÉRENCES PÉRITONÉALES. — Le simple soulèvement en dehors de la cavité pelvienne, alors qu'il n'y a aucun phénomène d'enclavement, ou que rien ne fait présumer que l'utérus ait contracté des adhérences avec la paroi péritonéale qui se trouve en contact avec lui, exige parfois l'emploi d'une certaine force. Il est d'autant plus important d'avoir posé un diagnostic précis, d'être bien sûr que la tumeur située derrière le col, est bien la matrice, avant de procéder à la première tentative de reposition. Une palpation bimanuelle faite avec le plus grand soin est surtout nécessaire, pour reconnaître les obstacles à la reposition qui sont CAUSÉS PAR DES ADHÉRENCES PÉRITONÉALES, PAR LA RÉTRACTION DU PÉRITOINE, OU PAR LES CICATRICES PARAMÉTRIQUES.

M. Aug. Martin *docent* à l'université de Berlin dans son *Traité clinique des maladies des femmes*, traduit en français par Varniert et Weiss (1889) met en doute les affirmations de Schultze, en ce qui concerne le procédé de réduction bimanuelle, à la page 129, il dit : « Les partisans de la réduction bimanuelle prétendent que seul leur manière de procéder rend cette constatation possible. Quant à moi je suis convaincu du contraire. Dans le remplacement bimanuelle, le doigt refoule en haut tout le cul-de-sac vaginal, et ne peut, par conséquent, sentir que difficilement les adhérences qui existent entre l'utérus et le cul-du-sac de Douglas, tandis que dans le redressement par la sonde, le doigt qui soutient le col se rend facilement compte de la tension d'un repli muqueux ou même du refoulement simultané, du cul-de-sac du vagin et du corps utérin ». Comme on voit Martin est convaincu de la supériorité du redressement avec des tiges rigides : revenons aux obstacles à la réduction et à Schultze. « Plus sont considérables les obstacles qui s'opposent à une palpation exacte, plus cette palpation devient difficile à pratiquer d'une manière précise. Une situation convenable est souvent indispensable, ainsi que l'anesthésie pour vaincre la résistance des parois abdominales, les résistances péritonéales ne sont dans la plupart des cas reconnaissables que par le rectum. Les brides péritonéales ou l'adhérence par surface large de l'utérus à la paroi postérieure du bassin, après qu'elles ont été soigneusement constatées, sont ordinairement rompues par l'emploi d'une force soigneusement calculée :

« Si déjà le diagnostic des adhérences péritonéales exige

l'anesthésie et l'exploration combinées par le rectum, on peut présumer qu'elle est indispensable pour pratiquer leur rupture. La patiente dont l'estomac, l'intestin et la vessie devront être aussi vides que possible, sera couchée dans la situation dorsale, sur le bord de la table d'opération et chloroformisé profondément. Deux aides fixent chacun une des cuisses dans la flexion modérée et l'abduction, pendant qu'un troisième entretient et surveille l'anesthésie. L'opérateur se placera devant la malade, l'index et le médius seront introduits haut dans le rectum. S'il existe encore quelques masses fécales dans le gros intestin, elles seront enlevées avec un lavement d'eau à 32° énergiquement poussé, pendant que les doigts maintiendront le rectum béant. Cette injection rectale est encore avantageuse car les doigts pénètrent plus haut dans cette cavité ainsi dilatée. Sans cette irrigation, on trouve quelquefois difficilement la fin de l'ampoule rectale, la partie plus étroite du rectum située au-dessus des plis de Douglas, et il est nécessaire de pénétrer plus haut que cet isthme. Quand les doigts ou un doigt seulement a passé ce point, l'opérateur appliquera le coude gauche sur le genou gauche, et à cet effet il posera le pied sur une chaise. L'avantage qui résulte de cette situation pour déprimer le périnée, est considérable, aucun effort du bras n'est nécessaire pour pénétrer jusqu'à l'utérus, toute l'attention se concentre sur le doigt qui par des mouvements adroits, pénètre dans le rectum; l'action du bras se borne à les aider. Après avoir touché avec soin la surface du corps de l'utérus et des ovaires, action puissamment secondée par le pouce introduit dans le vagin, le fond de l'utérus est soulevé.

En même temps la main droite se porte par la paroi abdominale à la rencontre de l'autre, saisit le fond de l'utérus et cherche à le porter en avant. Lors de ce mouvement, ou lors du premier soulèvement de l'organe, quelquefois plus tôt, quelquefois plus tard, ces adhérences se tendent selon leur longueur et leur extensibilité. Cette extensibilité, l'origine et la direction de ces adhérences, sont appréciées avec exactitude, et quand on est en possession de ces renseignements, on sait si elles sont de nature à être rompues ou non. Les adhérences larges sont rompues avec les extrémités des doigts, comme on détache le placenta de la surface utérine, les brides isolées sont entourées avec le doigt introduit par le rectum, et détachées de l'utérus lentement, d'une main ferme. Une adhérence à surface large de l'utérus à la paroi du rectum n'oppose parfois aucun obstacle à la reposition, mais constitue une cause opiniâtre de rétention de l'utérus dans la situation anormale, puisque la paroi rectale suit l'utérus dans sa situation normale, l'utérus suivra le rectum à son tour, et reprendra son ancienne position. Les adhérences de la trompe ou de l'un des deux ovaires à la paroi postérieure de l'utérus demandent des précautions particulières. Dans ces cas, la pression ne devra être augmentée que lentement ; si on n'obtient pas la libération de l'organe, on observera pendant huit ou dix jours s'il ne survient pas de réaction, et on renouvellera la tentative. Avec de la persistance et de la patience on vient souvent à bout de ces résistances. »

Obstacles par adhérences paramétriques.

« Les obstacles au redressement qui n'ont pas leur siège

dans la surface péritonéale, mais dans les tissus sous-jacents, des brides, des cicatrices paramétriques ne permettent pas le redressement forcé. Les processus paramétriques aigus contre-indiquent naturellement toute tentative de restitution; là où existe encore une paramérite chronique, les moyens légèrement antiphlogistiques, les résolutifs sont des moyens à employer; deux ou trois sangsues, des bains de siège tièdes, des tampons de glycérine simple ou iodurée, et surtout des injections vaginales chaudes à 30° ou 35°; plus sont anciens les processus paramétriques, qui ont eu pour effet des raccourcissements s'opposant au redressement, plus peut être élevée la température des bains de siège et des injections vaginales. »

Plus tard dans *Zeitschrift für geburtshülfe und gynakol*, XIV. Bd. § 23-44, 1888, Schultze est devenu plus entreprenant, il nous dit : qu'il s'attaque aux adhérences paramétriques, à la condition toutefois qu'elles soient anciennes et qu'il n'existe plus de phénomènes inflammatoires. M. Pouillet de Lyon et M. le professeur Trélat contestent cette dernière contre-indication : il suffit que le champ opératoire soit complètement désinfecté et que l'effort soit bien réglé, pour n'avoir rien à craindre et enregistrer des succès.

Le professeur d'Iéna s'attaque également aujourd'hui aux adhérences en surface de l'utérus, à la paroi antérieure du rectum, aux adhérences des ovaires, à la face postérieure de l'utérus, qu'il considèrerait au début comme des contre-indications.

Contre-indications à la réduction.

M. Pouillet de Lyon réduit toujours et dans tous les cas,

après avoir désinfecté le champ opératoire ; pourtant il me paraît exister des cas dans lesquels, la simple asepsie ne peut suffire et les dangers que font courir les manœuvres de redressement sont grands. Telle serait l'existence, D'UN OU DE DEUX OVAIRES, PROLABÉS, ET ADHÉRENTS A LA PAROI PELVIENNE ; LES ADHÉRENCES EN SURFACE SERRÉES, DE LA FACE POSTÉRIEURE DE L'UTÉRUS A LA FACE ANTÉRIEURE DU RECTUM. Dangereuses dans le premier cas, les manœuvres de redressement sont faciles dans le second, mais la contention est presque impossible. C'est là, la fausse réduction ; dans ce cas les doigts, placés au niveau du cul-de-sac de Douglas ou dans le rectum, perçoivent une traction énergique des tissus et de l'intestin.

§§. — Opérations curatives

A. — Procédés qui agissent sur le vagin

Robertson *in Edimbourg. med. est surgical journal* XVIII, proposa pour la première fois de raccourcir la muqueuse du vagin dans les déviations et les chutes de l'utérus. Les procédés sont nombreux ; dans tous, on enlève un lambeau de forme variable de la muqueuse, des parois vaginales. Le but qu'on se propose est de maintenir la matrice dans sa position normale pour le raccourcissement de l'une des parois. Schmitt (de Cologne), dans un cas de rétroflexion qui résistait aux moyens ordinaires, est intervenu de la manière suivante : il a incisé sur la surface antérieure de l'utérus un lambeau de forme triangulaire, la pointe dirigée vers le col, la base vers le fond de l'utérus, et rapprochant les bords il a obtenu l'antéflexion de la matrice.

B. — Procédés qui agissent sur le col de l'utérus.

Amussat a observé chez une femme affectée d'une rétroversion avec ulcération du col, que les cautérisations faites avec les caustiques solidifiés de potasse et de chaux avaient redressé l'utérus, en déterminant des brides entre la face postérieure du col et la paroi postérieure du vagin ; il fut conduit à préconiser ce moyen dans les rétroversions simples, portant le caustique sur le col de l'utérus et en arrière, de façon à obtenir des adhérences entre la portion vaginale du col et la paroi postérieure du vagin.

Desgranges excisait une portion de la muqueuse vaginale, avivait le col et cherchait à établir des adhérences.

Genet (1) (de Barbazieux) décrit sous le nom de Hystérocautomie un procédé de cautérisation profonde du col utérin, faite au moyen d'un cautère en fer de forme spéciale, l'intensité de la cautérisation était si grande que le tissu était en partie détruit.

Rabeneau enlevait six centimètres du col de la matrice, empiétant au besoin sur la paroi antérieure du corps de l'utérus. Le résultat immédiat fut le raccourcissement de l'utérus, et le rétablissement de la matrice dans sa direction.

Résultats définitifs : nuls quatre fois, douteux quatre autres fois ; l'utérus restait raccourci et l'orifice devenait plus tard cicatriciellement rétréci. Comme conséquences : persistance des troubles fonctionnels et sympathiques, accouchement, et fécondation pouvant devenir difficile.

1. *Gazette des Hôpitaux*, 1865.

Les différents procédés que je viens de décrire sont aujourd'hui avec juste raison complètement délaissés, soit par suite de leur gravité, comme les cautérisations du col, avec les caustiques minéraux ou le fer rouge, soit par leur insuffisance, soit par les mauvaises conséquences lointaines qu'elles peuvent entraîner.

C. — *Procédés qui attirent ou fixent l'utérus.*

Ils sont au nombre de trois : *a* ligature vaginale de l'utérus ; *b* fixation du fond de l'utérus à la paroi abdominale, nommée hystéropexie ; *c* maintien de l'utérus après réduction dans la position normale, par raccourcissement des ligaments ronds, ou opération d'Alquie Alexander.

A. — *Ligature vaginale de l'utérus.*

C'est Schuckring (de Pyrmouth) qui, dans le *Centralb. für gynakologie* de 1888, décrit un nouveau procédé opératoire contre les rétroflexions mobiles de l'utérus. Comme ce moyen est très récent, qu'il n'a été mis en pratique que par l'auteur et Baum (de Dantzig) au dire de Schuckring, je vais le traiter tel qu'il est préconisé et exécuté, m'abstenant de toutes considérations sur sa valeur et son utilité.

MANUEL OPÉRATOIRE. — « Après désinfection aussi complète que possible du conduit génital vagino-utérin, « pour plus de précaution, quelques heures avant l'opération, S. pratique dans l'utérus, préalablement dilaté, « une injection avec de la teinture d'Iode, ou avec une « solution de chlorure de zinc ; dans le vagin il place un « tampon d'ouate trempé dans une solution d'acide phénique à 2 pour 100.

« Sur 12 opérations, 8 ont été faites sans que les fem-
« mes soient anesthésiées ; dans les quatre autres, l'abais-
« sement de l'utérus étant par trop douloureux, on a dû
« les chloroformiser : la malade est couchée dans la posi-
« tion de la taille périnéale, la vessie vidée avec la sonde ;
« on applique dans le vagin la valve de Sims, le col est
« accroché avec des pinces de Museux, une forte sonde
« est introduite dans la cavité utérine, avec laquelle on
« redresse l'organe. Le cul-de-sac antérieur du vagin est
« fortement déprimé avec l'index gauche et repoussé très
« haut jusque sur le fond de la matrice ; par cette ma-
« nœuvre la vessie se trouve soulevée et les anses intes-
« tinales déplacées de manière à n'être pas blessées. On
« introduit à ce moment l'instrument, qui est armé d'a-
« vance d'un fort fil de soie qu'on a fait bouillir au préa-
« lable pendant 10 minutes dans une solution d'acide
« phénique à 5 pour 100 : puis on le fait cheminer len-
« tement et avec précaution jusque sur le fond de l'uté-
« rus, avec lequel on le maintient en contact pendant les
« manœuvres qui vont suivre. De la main droite on main-
« tient l'aiguille en place, et on tire sur les pinces de
« Museux, pour abaisser le plus possible la matrice ;
« l'utérus doit être abaissé dans la direction oblique
« gauche, le col se trouve alors à gauche et en bas, tan-
« dis que le fond se dirige à droite. On cherche par des
« mouvements de glissement à sentir la pointe de l'ins-
« trument en continuant à pousser lentement l'aiguille,
« et abaissant le manche, on la fait traverser la séreuse
« utérine, cheminer dans le tissu de la matrice qu'elle
« parcourt dans une certaine étendue, pour la faire

« sortir dans le cul-de-sac antérieur du vagin près de
« son point d'entrée (1). Le fil est retenu avec une
« pince à forci pressure, l'instrument est retiré en lui
« faisant suivre le même chemin en sens inverse que
« celui qu'il a parcouru, l'anse du lien est coupée à
« une certaine distance et les bouts sont noués ensem-
« ble. Comme précaution, je fais fléchir les cuisses sur le
« bassin et les maintient dans cette attitude à l'aide d'un
« traversin pour amoindrir la tension sur les fils. Au
« bout de trois jours la malade peut s'asseoir et après la
« sixième journée elle peut se lever et marcher jusqu'à
« l'enlèvement des fils; toutes les 48 heures on remplit
« le vagin de gaze iodoformée propre. L'enlèvement des
« sutures est fait dans le premier cas le sixième jour, dans
« les autres du neuvième au quatorzième. »

S... essaie lui-même de légitimer son procédé par la
réfutation des objections qu'on pourrait lui faire. « 1° Est-il
« sans danger de percer la paroi utérine avec une aiguille
« introduite à travers le vagin rigoureusement désinfecté
« suivant les règles antiseptiques? Bien des fois déjà l'u-
« térus a été perforé avec des instruments mousses, même
« sales, le vagin n'étant pas désinfecté; dans ces condi-
« tions où tout était à craindre on n'a pas eu d'accident à
« regretter, du moins moi je n'en connais pas jusqu'à au-
« jourd'hui. »

« 2° La perforation de la vessie et le fait d'être com-
« prise dans la suture, sont-ils graves et dangereux. A

1. Cette manœuvre est très facile chez les femmes qui ont
eu un ou plusieurs enfants; dans ces cas, en effet, la face
antérieure de la matrice est presque plane (Schuckring).

« ceux-ci je répondrai que la vessie n'a rien à craindre, si
« pendant l'opération on la soulève avec une sonde ; pour-
« tant malgré toutes les précautions prises pour éviter de
« léser la vessie, si l'aiguille la pique ou l'embroche, les
« dangers ne sont pas si graves qu'on le dit : le trajet du
« fil s'obstrue très rapidement, après qu'on a enlevé les
« sutures. Au moins dans les trois cas qui m'appartien-
« nent et où cette piqûre a eu lieu, les femmes se sont
« trouvées aussi bien que lorsque la vessie n'est pas bles-
« sée. On peut sûrement éviter la blessure des anses in-
« testinales, parce que les fils passent justement au point
« occupé précédemment par la vessie. »

« Pour faire la suture, j'ai fait construire par Lœvie à
« Berlin une aiguille possédant une courbure telle qu'après
« avoir parcouru la paroi utérine, elle sort tout près de
« son point de pénétration vaginale ; le bout de l'instru-
« ment dans son parcours abdominal se trouve caché et ne
« peut blesser les organes ; le trou produit par la pointe
« à travers les tissus est assez petit, et l'instrument assez
« solide pour pouvoir résister. S... pense arriver avec ce
« procédé à guérir les rétrodéviations, et voudrait même
« l'appliquer au prolapsus, il donne les résultats suivants :

RÉSULTATS OPÉRATOIRES. — S... n'a jamais observé de
« fièvre ; la seule chose qu'il a noté, ce sont des petites
« douleurs. Dans tous les cas il y a eu des troubles uri-
« naires : une fois de l'incontinence d'urine, une autre
« fois de la rétention, quatre fois un seul cathétérisme a
« suffi ; enfin trois fois du sang s'est trouvé dans les uri-
« nes, preuve que la vessie avait été blessée ; mais ces
« derniers faits se sont comportés comme les autres, sans

« suite fâcheuse, les troubles urinaires ayant disparu avec
« l'enlèvement des ligatures. »

« Comme résultat final le premier cas fut suivi d'échec
« complet, les fils ayant été enlevés trop tôt (le 6^e jour) en
« effet le 14^e jour qui suivit l'opération, la rétroflexion se
« reproduit tout aussi prononcée qu'avant. »

La seconde observation est donnée avec plus de détails:
« il s'agissait d'une dame L... de B..., 28 ans, un avorte-
« ment, un accouchement à terme normal ; hystérique ;
« endométrite, leucorrhée abondante ; l'utérus augmenté
« de volume est fortement rétrofléchi et mobile ; l'ovaire
« gauche gonflé et douloureux, se trouve prolabé. L'opé-
« ration fut faite le 21 octobre 1887 ; après l'intervention
« on laissa dans la cavité utérine une bande de gaze iodo-
« formée, le vagin fut simplement saupoudré d'iodo-
« forme (1). Le premier jour, la malade est sans fièvre,
« mais elle souffre ; le dixième, on lui permet de mar-
« cher, les sutures ne sont enlevées que le quinzième.
« L'examen fait quatre mois plus tard démontre que
« l'utérus est fortement antéfléchi et petit ; l'ovaire est
« difficile à atteindre, la patiente se plaint encore de pe-
« santeurs abdominales, les autres souffrances ont dis-
« paru. »

« Tous les autres cas se sont terminés par une guéri-
son-complète, l'utérus se trouve en antéflexion ; avec la
restitution de la position normale de l'organe, ont disparu
tous les phénomènes pénibles : douleurs, troubles mens-

1. Le tampon vaginal, non seulement est inutile, mais il
est nuisible (Schuckring).

truels, l'endométrite et la métrite se sont trouvées modifiées ; trois fois même la phlegmasie utérine a été guérie sans autre intervention. Après l'enlèvement des sutures la flexion angulaire très prononcée au début a diminué, de sorte qu'aujourd'hui la matrice n'est plus que légèrement antéfléchie ; cette nouvelle attitude de l'organe ne détermine plus de troubles. »

Nous avons tenu à décrire tout au long ce procédé récent ; pour qu'il ne nous soit pas reproché de passer sous silence les faits qui prennent naissance ailleurs qu'en France.

Disons seulement que le point auquel on fixe l'organe n'offre pas une solidité bien grande puisqu'il se relâche ; en effet, qu'est-ce que la cystocèle ? Ce qui nous paraît invraisemblable et incompréhensible, c'est que Schuckring veuille aussi appliquer son procédé dans le prolapsus confirmé, avec chute des parois vaginales, sous prétexte que les manœuvres sont faciles ; quant à nous, nous ne lui voyons pas d'autre bénéfice, si minime qu'il soit.

Si après la fixation de l'utérus par ce procédé survient une grossesse, quatre choses peuvent se présenter : 1° les adhérences peuvent s'allonger et la grossesse suit son cours ; 2° l'utérus en augmentant de volume peut entraîner dans son déplacement la vessie et le vagin ; 3° l'augmentation de l'utérus peut se faire aux dépens d'autres parties non adhérentes ; 4° le cours de la grossesse peut être interrompu. Qu'elle est celle de ces hypothèses qui se réaliserait, voilà ce que nous ne pouvons dire, et Schuckring non plus ; l'une ou l'autre peut survenir.

Et les uretères dont l'auteur ne parle pas, ne sont-ils

pas là tout près et ne peuvent-ils pas être blessés ; qu'advient-il dans un pareil cas ? et comment le savoir pour y remédier ?

b. — *Hystéropexie.*

APERÇU HISTORIQUE. — La première opération de fixation de l'utérus à la paroi abdominale fut faite par Kœberlé (1), le 27 mars 1869, dans un cas de rétroflexion donnant lieu à des symptômes d'occlusion intestinale chronique. Kœberlé fit la laparotomie, poussa directement les matières accumulées dans l'intestin, ramena l'utérus en avant, enleva l'ovaire du côté gauche sain et sutura le pédicule au bord inférieur de la plaie. Après sept ans, quand on revit la malade, on put constater que l'utérus était resté fixé à la paroi abdominale, et que la rétroversion ne s'était pas reproduite. Kœberlé fait suivre son observation des réflexions suivantes qui montrent qu'à cette époque il ne songeait pas à ériger sa manière de faire en méthode. « La fixation de la matrice à la paroi abdominale comme traitement curatif de la rétroversion et l'ovariotomie normale, envisagés d'une manière générale, ne doivent trouver leur application que dans les cas exceptionnels où les indications sont très précises. »

P. Müller (2) une année après la publication de Kœberlé en 1878, fait de nouveau cette opération, dans un cas de rétroflexion qui aurait résisté à tous les moyens em-

1. *Bulletin Soc. chirurgie*, 1887.

2. P. Müller. *Über extirpation des utérus correspondenzblatt Schweizer Aertzté*, 1878.

ployés. La même année Schroeder (1) ayant à donner ses soins à une malade atteinte de rétroflexion compliquée de chorée symptomatique, et présentant aussi un petit kyste de l'ovaire, fit l'ovariotomie et fixa le pédicule à l'abdomen; rétroflexion et chorée disparurent.

Lawson Tait (2), le 20 février 1880, fit la laparotomie pour une ovarite avec rétroflexion utérine, que rien n'avait pu soulager, enleva les ovaires, et en fermant la paroi abdominale passa un point de suture à travers le fond de l'utérus qu'il fixa à la paroi. Le 9 avril 1880, il en fit une seconde semblable.

Hennig, cité par Sängér, fit en 1881 contre une rétroversion rebelle la castration et comprit le ligament droit de l'ovaire et le ligament large gauche dans la suture des téguments.

Jusqu'à lors il n'y avait que des faits isolés. C'est Olshausen (3) qui le premier systématisa l'opération dans un travail où il cite trois observations remarquables, mais dont la première seule nous intéresse; elle a été faite pour une rétroflexion; les deux autres furent faites contre le prolapsus de l'utérus. Ce travail a été le point de départ de nombreuses tentatives. Fraenkel au *Congrès de gynécologie de Berlin*, a lu un mémoire sur cette question. Skene Heith (4) a publié une observation très importante de rétroversion de l'utérus pour laquelle il fut forcé de fixer l'organe à la paroi abdominale, le raccourcissement

1. Berlin. *Klin Voch*, 1878.

2. *The. Path and treatm of diseases of the ovaries*.

3. *Centralb. für gynak.* 1886, n° 43.

4. *Centralb für gynak*, 1886.

des ligaments ronds ayant cédé au bout de 4 mois. Bientôt après A. Kelly (1) de Philadelphie publie l'analyse partielle des travaux précédents auxquels il ajoute une observation personnelle très intéressante.

Sänger (2) publie une étude très complète sur la question, avec la relation de 7 cas personnels; mais l'auteur ajoute que dans deux seulement, il a été conduit à faire l'opération de propos-délibéré pour rétroflexion, dans les cinq autres cas, la castration était indiquée.

Léopold (3) un mois plus tard présente trois succès, après fixation du fond même de l'utérus à la plaie abdominale, et en 1888 au *Congrès de gynécologie de Dresde* il annonce avoir pratiqué dans huit cas l'hystéropexie, tous suivis de guérison opératoire, les suites fonctionnelles sont réservées par l'auteur. Au même Congrès, Schram, disait avoir fait cinq fois la ventro-fixation pour rétroflexion.

Klotz (4) au mois d'octobre 1886 communique à la *Société de gynécologie de Dresde* 17 cas de fixation de l'utérus rétrofléchi, à la paroi abdominale par un pédicule formé de la trompe et de l'ovaire.

Kelly (5) en mai 1888, fait paraître un nouveau travail où il rassemble des faits inédits de Zweifel, Stande, etc.

En France nous sommes forcé de diviser les faits et de les considérer à deux points de vue : 1^o opération faite de propos-délibéré, pour rétroflexion ; 2^o opération faite par suite d'un erreur de diagnostic.

1. *Edimb. med. journ.* 1886.

2. *Centralb. für gynak*, 1887.

3. *Centralb. für gynack*, 1888, n^o 2 et 3.

4. *Centralb. für gynak*, 1888.

5. *The americ. journ. of. medec. sciences*, 1888.

Dans le premier cas, c'est M. Piqué (1) qui l'a pratiquée pour la première fois au mois de septembre 1888, alors qu'il suppléait M. Pozzi à l'hôpital Pascal. Dans le second cas, c'est M. Terrier (2) qui l'a faite pour la première fois en mars 1888, sur une femme qu'il croyait atteinte de salpingite; après la laparotomie il constata que ce n'était qu'une rétroflexion qu'il redressa et fixa à la paroi abdominale. Quant à l'hystéropexie pour rétroflexion de l'utérus faite de propos délibéré, M. Terrier ne vient qu'en seconde ligne. M. Terrillon (3), dans ses *Leçons cliniques*, écrit ce qui suit: « J'ai pour ma part fait deux opérations de ce genre (faisant allusion à l'hystéropexie) qui m'ont donné jusqu'à ce jour deux succès; mais elles sont trop récentes pour que je puisse me faire une bonne opinion à ce sujet ». M. Lucas-Championnière (4) annonce à la Société de Chirurgie, dans sa séance du 28 novembre 1888, qu'il a fait le lundi 26 novembre précédent pour la première fois l'hystéropexie contre une rétroflexion. « Je vous signale à ce point de vue, dit-il, que l'opération a été très simple et très facile et n'a jusqu'à ce jour donné lieu à aucune complication.

L'histoire complète de l'hystéropexie est faite par M. Pozzi dans la *Gazette médicale de Paris* de 1888; c'est là que j'ai puisé la plus grande partie de l'aperçu qui

1. *Gazette médicale*. Paris, 1888, n° 49.

2. *Bulletin médical*, 1889, p. 87.

3. *Leçons clin.*, *Salpêtrière*, p. 409.

4. *Bulletin médical* de 1888, p. 1583.

NOTA. Nous avons omis par erreur de citer dans le texte l'article de M. Verchère. *Bulletin médical*, 1888.

précède. Avec son talent habituel d'exposition, l'auteur classe tous les faits connus jusqu'ici et les divise en trois groupes : Hystéropexie pour rétroflexion, Hystéropexie pour prolapsus et Hystéropexie dans le cours d'une autre opération qui nécessite la laparatomie.

Définition. — L'hystéropexie est la fixation de l'utérus à la face postérieure de la paroi abdominale antérieure, nécessitant la laparatomie; laparotomie qui joue un double rôle : 1° elle permet de détruire les adhérences qui fixent l'utérus en position vicieuse, et de le redresser ; 2° elle permet la suture du fond de l'organe à la paroi abdominale, et l'inspection des annexes, avec possibilité de les enlever, si elles sont malades.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — M. Pozzi dit que cette opération est trop nouvelle pour qu'elle soit fixée définitivement, nous sommes de son avis ; toutefois les différentes descriptions données permettent de distinguer trois procédés : 1° procédé de Kœberlé Klotz, ou de fixation indirecte ; 2° procédé de Olshausen, Sängner, ou de fixation directe ; 3° procédé de Léopold, ou de fixation directe par le fond même de l'organe.

LE PROCÉDÉ DE KÖEBERLÉ, KLOTZ. — Consiste en ce que : après la laparotomie et la destruction des adhérences, si elles existent, on enlève l'ovaire et la trompe d'un côté : le pédicule ainsi obtenu est fixé à l'angle inférieure de la plaie abdominale. Kœberlé ferme complètement la plaie ; Klotz introduit par l'angle supérieur de la plaie un drain en verre, qu'il place derrière l'utérus, de manière que l'une des extrémités plonge dans le cul-de-sac de Douglas, et que l'autre sorte par l'ouverture abdominale. L'auteur

attache beaucoup d'importance à ce drain. Voilà ce qu'il dit à ce sujet : « En ce qui concerne l'ouverture de la plaie, et la présence du drain, moi aussi je crois comme Säger que ce sont des maux forcés ; mais les bons résultats m'engagent à les continuer, attendu que le drainage, est un moyen de donner plus de fixation à l'utérus mobile : s'il est dangereux, les chiffres le montreront à l'avenir. »

En résumé, ce procédé a l'inconvénient de sacrifier l'ovaire, de tordre l'utérus, et de faire une réunion assez médiate ; de plus il compte plusieurs succès.

PROCÉDÉ OLSHAUSEN SÄGER. — Il consiste dans la suture des ligaments ronds (1), et larges aux lèvres de la plaie abdominale, près de son angle inférieur. Les sutures sont faites de chaque côté, sur les limites de l'utérus, au niveau de ses bords, à l'aide de crins de Florence ; on en fait trois de chaque côté, ayant soin de ne comprendre que le feuillet antérieur de la séreuse (2).

Ce procédé offre l'inconvénient de ménager une sorte de fente, de boutonnière, entre l'utérus et la paroi abdominale, dans laquelle l'intestin pourrait se pincer ; ce qui est arrivé dans un des cas de Säger, aussi nous apprend-il comment il faut l'éviter.

1. Il faut s'éloigner un peu de la base des ligaments ronds, à cause de l'hémorragie diffuse, qu'on peut produire en blessant une veine volumineuse qui chemine en cet endroit, comme il est arrivé à Léopold.

2. L'artère épigastrique sera évitée, si on traverse la paroi abdominale à deux centimètres en dehors des bords de la plaie (Säger).

« Le meilleur moyen pour combattre la formation de ces fentes est de nouer les fils en dernier lieu, alors que toutes les sutures ont été posées (on tire sur tous les fils utérins à la fois et on constate quelle est la grandeur de l'espace compris entre les organes).

Nous croyons nécessaire de rapporter les deux dernières observations de Sanger, dans lesquelles on verra mieux la manière de faire de cet auteur. Dans les cinq premiers, la castration était l'opération principale, la suture des ligaments était accessoire.

OBSERVATION IV de Sanger (Traduite de l'Allemand).

Ventro-fixation pour rétroflexion simple

(*Centralb. für Gynak.*, 1878, n° 3).

Mlle Oh..., 26 ans, est soignée depuis plusieurs années pour une rétroflexion, qui s'accompagne de dysménorrhée très intense, avec accès hystériques et divers troubles nerveux. C'est un de ces rares cas où, en dehors des douleurs locales violentes, rien ne peut être incriminé, que l'existence d'une rétroflexion avec hypertrophie de l'utérus qui est mobile. Les pessaires les plus divers sont restés sans résultat. Les différentes manipulations gynécologiques ont eu une fâcheuse influence sur l'état général déjà bien éprouvé de la malade, et l'ont poussée à la masturbation. Incapable de travailler, elle était forcée pendant les règles de garder le lit à cause de l'abondance de l'écoulement et des douleurs. Plusieurs gynécologistes lui proposèrent pour la débarrasser, la castration, et même l'extirpation complète de l'utérus. Moi je voulais auparavant voir s'il n'était pas possible de maintenir l'utérus dans sa position antéfléchie

par un pessaire ; j'appliquai le pessaire de Thomas, après deux jours, l'utérus était revenu à sa position vicieuse. J'appliquai en dernier lieu un pessaire de Hodge, fis le traitement symptomatique, et la perdis de vue pendant un certain temps.

Malgré cela les troubles psychiques allèrent en augmentant. La malade tombait dans des accès de mélancolie, et chercha plusieurs fois à se donner la mort ; dans ces conditions elle fut admise à la clinique des fous de l'Université. On trouva également ici que les troubles étaient de nature hystérique et tenaient à la rétroflexion. Alors avec le consentement de M. Flechsing, je me décidai à intervenir par l'hystérorrhaphie, que je fis le 4 décembre 1888. *Opération.* Je fis de chaque côté trois sutures, en commençant par l'extrémité externe du ligament rond, la lamelle antérieure du ligament large, et à travers les muscles droits de l'abdomen, à deux centimètres en dehors de la plaie abdominale. Les nœuds des fils ne furent faits que les sutures terminées ; mais avant on explora la vessie de crainte qu'elle fut prise dans les sutures et on constata que les fils se trouvaient au devant du réservoir urinaire ; l'utérus était suspendu immédiatement au-dessus du fond de la vessie. De chaque côté se trouvait un petit espace, où ne pouvaient pénétrer les anses intestinales. Pendant le rapprochement, l'utérus glissait et c'est avec peine qu'on le maintenait en haut (comme les annexes étaient saines on les conserva).

Dans les premiers jours qui suivirent l'opération, survinrent des douleurs vives (vessie remplie de glace sur l'abdomen). Pendant 8 jours on dut sonder, pas de tènes-

me vésical. La malade quitta le lit après trois semaines. Alors seulement on enleva le pessaire, qu'on avait laissé par précaution: lentement les douleurs disparurent, la menstruation vint sans douleurs et dura quatre jours, tandis qu'elle durait 7 jours antérieurement. Après trois mois, au nouvel examen de la malade, on trouva l'utérus petit et mobile, la patiente engraisait, avait fort bonne mine; tous les maux locaux ont disparu. La malade n'a jamais porté de pessaire depuis l'opération.

OBSERVATION V

De Sanger (centralb. fur ginak 1888).

Rétroflexion simple; échec de l'opération d'Alexander.

Hystéropexie:

Mon second cas de ventrofixation de l'utérus rétrofléchi, est fait sur la même malade à qui j'ai pratiqué antérieurement le raccourcissement des ligaments ronds. Comme cette opération n'avait pas réussi à maintenir l'utérus en position normale, les douleurs avaient reparu, continues et vives. Assurément cette femme ne se serait pas exposée à subir une nouvelle opération si elle n'avait souffert, et si elle n'avait pas eu l'espérance d'être soulagée.

Encore une fois je consacrai une semaine et demie à essayer les divers pessaires. L'utérus un peu agrandi se laissait très facilement réduire, après qu'on avait vidé la vessie; il se trouvait si près de la paroi abdominale, qu'en soulevant le col on pouvait voir son fond à travers les tissus; mais aussitôt qu'on cessait la réduction, l'utérus retombait dans sa position vicieuse; ce qui me décida à faire bénéficier la malade de la ventro-fixation. Je croyais pouvoir m'en tirer avec une toute petite ouverture du ventre,

un assistant devait soulever l'utérus, et je pensais le suturer sans introduire la main dans la cavité abdominale. Ce plan ne se réalisa pas, le fond de l'utérus est couvert d'anses intestinales, qu'on ne peut maintenir et déplacer qu'avec la main. Il a fallu allonger l'incision abdominale de 10 centimètres, après quoi il fut facile de contenir l'intestin à l'aide de deux éponges et d'une serviette molle. L'opération a été conduite comme dans le premier cas, de façon que l'utérus se trouvait en contact avec la paroi abdominale, dans une étendue de 2 centimètres entre la matrice et la vessie restait un espace très petit. Sur les bords de la plaie on appliqua des bandes de gaze iodoformée très minces, pour maintenir la suture. On laissa pendant la durée de la guérison un pessaire de Hodge. Les suites furent sans réactions. Deux jours avant sa sortie, le 3 janvier 1888, j'enlève le pessaire, l'utérus se trouve suspendu à la paroi abdominale, il est petit et très mobile, en tous sens ; lorsqu'on le pousse de bas en haut on voit le fond soulever la paroi abdominale. Toutes les douleurs ont disparu.

PROCÉDÉ DE LÉOPOLD. — L... incise la paroi abdominale, du pubis à l'ombilic ; l'utérus saisi par la main gauche est ramené de la profondeur pelvienne à l'extrémité inférieure de la plaie, les adhérences sont nécessairement rompues, lorsqu'elles existent ; l'utérus est confié à un aide pour être maintenu. On procède alors à l'application des sutures, qui sont au nombre de trois de chaque côté, faites avec une forte aiguille munie d'un fil de soie, le premier est placé sur la ligne qui réunit l'insertion des deux ligaments ronds.

SUTURES. — *Le premier fil* de soie, traversant toute l'épaisseur du bord gauche de l'incision abdominale chemine sous la séreuse et la couche superficielle du tissu musculaire de l'utérus dans une étendue de un centimètre, puis pénètre de nouveau, et cette fois d'arrière en avant, dans la paroi abdominale sur l'autre lèvre de la plaie. *Le deuxième fil* est placé environ à un centimètre au-dessus du premier, à gauche également ; sur la ligne transversale qui réunit les insertions tubaires, dans une largeur de deux centimètres environ de l'épaisseur du muscle utérin, pour ressortir à travers l'épaisseur du bord droit et de l'incision abdominale. *Le troisième fil* suit le même trajet que le second ; sauf qu'il traverse la musculature utérine un peu au-dessus encore et de la même manière (M. Terrier emploie du catgut à la place de la soie).

Pour rendre plus facile l'adhérence à ce niveau, on gratte légèrement avec le dos du bistouri, ou une spatule, la surface du revêtement péritonéal de l'utérus, dans l'espace que circonscrivent ces sutures, de manière à faire un avivement superficiel non sanglant, qui enlève simplement l'épithélium. Puis on réunit les lèvres de la plaie abdominale à ce niveau, on serre et l'on noue ces trois sutures de telle sorte que la face antérieure de l'utérus s'applique exactement en ce point au péritoine pariétal. Ensuite on procède à la réunion du reste de la plaie au-dessus et au-dessous ; bandage abdominal contentif. Les sutures de l'utérus ont été enlevées dans le premier cas le treizième jour, dans les deux autres le dixième. M. Pozzi (*loc. cit.*) conseille de les enlever du douzième au quinzième ; il ajoute qu'il est bon de placer un pessaire d'Hodge pen-

dant un mois pour maintenir la bonne position acquise. Léopold n'est pas du même avis, quant aux pessaires, car il dit expressément : « Je n'ai jamais observé de troubles urinaires, ni eu besoin de maintenir l'utérus par des tiges ou des pessaires. »

M. Picqué dans son travail sur le traitement de la rétroflexion utérine en général, et de la rétroflexion en particulier, insiste beaucoup sur la longueur des incisions, et sur la nécessité de les faire petites, de 3 à 4 centimètres, elles sont suffisantes; et il déclare qu'il préférerait ne pas faire la laparotomie pour une rétroflexion, que de pratiquer de longues incisions, qui exposent les femmes à l'éventration et au port d'une ceinture appropriée.

De tous ces procédés, le meilleur est ce dernier, et cela pour plusieurs raisons : 1° parce que les adhérences entre l'utérus et la paroi abdominale sont plus intimes, par conséquent on est en droit d'espérer qu'elles seront de plus longue durée; 2° parce que l'absence d'espace entre l'utérus et la paroi abdominale ôte toute crainte d'étranglement interne; 3° parce qu'avec ce procédé on a l'avantage, tout autant qu'avec celui d'Olshausen, de conserver les annexes, à moins de contre-indications; 4° parce que, chose qui a une grande importance, la fixation de la matrice jusqu'à l'établissement des adhérences solides, est mieux obtenue par des sutures qui pénètrent et cheminent dans une certaine étendue du tissu utérin même.

M. Pozzi dans son remarquable article s'est prononcé aussi en faveur du procédé de Léopold.

c. — *Raccourcissement des ligaments ronds.*

Le premier qui en eût l'idée est Alquié de Montpellier

en 1840, on ne sait pas s'il l'a mit à exécution, toujours est-il que Denffe (de Gand) fit cette opération avant le chirurgien de Liverpool, mais sans résultat. Ce n'est qu'en 1881 qu'Alexander obtint les premiers succès et régularisa l'opération qui porte à juste titre son nom. Adams (de Glasgow) n'a eu de bons résultats qu'après deux opérations, toutefois il a donné de très utiles indications opératoires. Manrique (1) et Beurnier (2) en 1886 ont étudié, l'un l'opération d'Alexander, le second les ligaments ronds de l'utérus ; enfin en 1887 Rjassentzew (3) dans sa thèse inaugurale donne une étude critique de l'opération.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — Comme précautions préliminaires, on donne un purgatif la veille au soir, un lavement le matin de l'opération, le pubis rasé, savonné, lavé avec une solution d'acide phénique forte à 5 pour 100 et recouvert d'un pansement humide, jusqu'au moment de l'opération. L'opération comprend quatre temps : 1^e incision de la peau et du tissu cellulaire sous cutané, jusqu'à l'aponévrose du grand oblique ; 2^e recherche de l'orifice externe du canal inguinal et du ligament rond ; 3^e raccourcissement et fixation de ligaments ; 4^e fermeture de la plaie.

Premier temps. — Rechercher les épines du pubis, les reconnaître et les toucher avec la pulpe de l'index d'un côté, du pouce de l'autre ; faire partir de ce point une incision d'environ 6 centimètres, dirigée en dehors à peu près parallèlement au ligament de Poupart ; inciser la

1. 2. Thèses de Paris, 1886.

3. Thèse de Saint-Pétersbourg, 1887.

peau et le tissu cellulaire sous-cutané, jusqu'à l'aponévrose du grand oblique, tout en faisant l'hémostase.

Deuxième temps. — Rechercher l'orifice du canal inguinal, procéder avec prudence, faire écarter les lèvres de la plaie pour avoir du jour ; guidé par la vue et par le toucher, reconnaître la boule graisseuse située au devant de l'orifice externe du canal inguinal : à ce niveau on voit un filet nerveux, quelques petits vaisseaux, et quelques fibres sortirent entre les deux piliers. Sentir avec le doigt introduit dans la plaie l'orifice externe, et se rendre bien compte de son existence. Les fibres arciformes reliant les piliers doivent maintenant être coupées dans la direction du canal ; un tissu rougeâtre, plus ou moins mélangé de graisse, se présente à la vue, la couleur de ce tissu est *caractéristique* ; c'est le bout du ligament rond. Avec l'aiguille de Cowper, ou une sonde cannelée à bout légèrement recourbé, mobiliser ces tissus, et les charger en masse, puis procéder avec une grande attention à la dénudation de bas en haut ; le bout du ligament doit être pris avec les doigts de façon à l'attirer doucement en dehors. Tendre en même temps les petits filaments fibreux, qui ressemblent à de minces tendons, reliant le ligament rond aux parois du trajet inguinal ; les écarter avec grand soin et les couper, car si l'on tire sur le ligament entouré de ces brides, celles-ci empêchent son déplacement, et l'utérus restant immobile ne cédera pas à la traction. *Avant tout, le ligament doit être mobile, si cela ne peut être obtenu, on doit s'en tenir là, et ne pas aller plus loin.* Laver la plaie avec une solution antiseptique et la couvrir d'un tampon d'ouate hydrophile,

trempé dans une solution de biiodure de mercure, ou comme le veut M. Reclus, recouvrir la plaie d'une pommade antiseptique, qu'il formule ainsi : iodoforme 1 gr., analgésine 6 gr., acide borique 6 gr., et vaseline 40 gr., et la recouvre d'un tampon, imbibé et exprimé. Procéder de la même façon du côté opposé. Ce temps terminé, les deux ligaments sont fixés avec des pinces.

Troisième temps. — Raccourcissement et suture des ligaments, avant de tirer sur les ligaments faire une manœuvre préliminaire, indispensable sur l'utérus lui-même ; ici un aide est nécessaire, c'est lui qui doit faire la manœuvre consistant dans le redressement de l'utérus ; elle peut se faire, soit avec la main, soit avec l'hystéromètre. Manrique (*loc. cit.*) dit qu'il est plus sûr de la faire à l'aide de l'hystéromètre, c'est aussi la manière de faire de MM. Terrillon, Pozzi, etc. MM. Trélat, Bouilly, Segond, préfèrent la main lorsque c'est possible, ce dernier moyen, étant celui que nous avons vu le plus souvent employer, c'est celui que nous allons décrire. L'aide ayant la main bien lavée, désinfectée, et vaselinée, introduit un et puis deux doigts dans le vagin, les dirige vers le fond de l'utérus qu'ils soulèvent, simultanément, l'opérateur tire à la fois sur les deux ligaments ronds, et à mesure que la matrice se soulève l'aide fait glisser ses doigts du fond vers le col, les maintenant en place pendant toute la durée de l'opération en soutenant l'utérus. De combien de centimètres doit-on raccourcir les ligaments ? Les opérateurs diffèrent d'opinion. M. Trélat les raccourcit de 9 à 12 centimètres. M. Terrillon croit que 4 à 6 centimètres suffisent. Il ne reste plus qu'à fixer les ligaments ; notre maître

Trélat emploie le catgut et fait une suture perdue en procédant de la manière suivante ; une aiguille de Reverdin est armée d'un catgut de volume moyen ; il l'a fait pénétrer à travers l'un des piliers de l'orifice inguinale, et à travers le ligament rond et le pilier du côté opposé ; en général deux ou trois points de suture suffisent. Souvent il pratique le nœud imaginé par M. Paul Segond. Les ligaments étant fixés, que doit-on faire de la partie qu'on a dénudée ? L'accord n'est pas unanime parmi les chirurgiens ; les uns veulent qu'on résèque, cette extrémité, sous prétexte qu'elle est devenue inutile, et qu'elle peut se sphacéler ; d'autres conseillent de pelotonner cette extrémité dans l'intérieur de la plaie de manière à constituer ainsi un bouchon qui contribue à obturer l'orifice externe du canal inguinal, et qui sert de point d'appui au cordon faisant suite (Terrillon). En cas d'échec opératoire on peut la trouver dans la plaie, et la fixer de nouveau (P. Segond).

Quatrième temps. — Suture les plaies, après lavage, avec une solution de bi-iodure de mercure ; nettoyer les deux incisions, et procéder à leur fermeture : M. Trélat la fait avec du fil d'argent et ne met pas de tube à drainage dans les plaies. Le tout est recouvert d'un pansement compressif à la gaze iodoformée. Pour diminuer la traction exercée naturellement par le poids de l'utérus sur les suture, il est nécessaire de soutenir la matrice dans sa nouvelle situation : on place alors dans le vagin un tampon de gaze iodoformée (allonger) celui-ci est poussé jusque dans le cul-de-sac postérieur, afin de soutenir le fond de l'utérus.

4° *Extirpation totale de la matrice*

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

Observation publiée par Vallin dans sa thèse inaugurale, p. 128. Rétroflexion de l'utérus. — Prolapsus de l'ovaire. — Hystérectomie vaginale (Bouilly).

17 mai 1886. Femme 41 ans, Fontenay-en-Brie (envoyé par le Dr Mosen de Rozoy), cette femme est maigre, sèche et a l'air très souffrante. Depuis longtemps, elle se plaint de douleurs dans le ventre ; elle est dyspeptique et très anémique. Son état a été peut-être aggravé par un traitement qu'elle a suivi depuis plusieurs années et qui a consisté en saignées répétées au nombre de 20 depuis cinq ou six ans. Il n'y a que deux mois qu'elle est remise au soin du Dr Mosen ; à ce moment les digestions étaient si mauvaises que la malade vomissait indistinctement tous les aliments, et était arrivée à un degré d'émaciation extrême. Depuis un mois le Dr Mosen traite cette malade par le gavage, et depuis les matières alimentaires sont conservées, et l'état général est devenu meilleur ; mais les douleurs sont restées les mêmes. Elles siègent dans le côté gauche de l'abdomen et des reins, elles sont persistantes, empêchent la marche, la station debout, rendent la station assise difficile, et ne sont calmées que par le repos au lit. Le ventre de cette femme a toujours été douloureux ; elle a fait une couche il y a vingt ans, à la suite de laquelle elle a été assez longtemps malade, et une fausse couche il y a 17 ans. Depuis cette époque elle n'a jamais eu de nouvelle grossesse. Les rapports ont été toujours pénibles. Les menstruations sont régulières ; elles exagèrent tous les phénomènes dou-

loureux. Ceux-ci se seraient encore accentués depuis un an, époque depuis laquelle la malade a dû faire des violents efforts pour soulever deux fois par jour sa mère qui était malade.

La palpation de l'abdomen est très douloureuse surtout dans le côté gauche où il y a une véritable hyperesthésie de la peau, et où l'on constate les points douloureux de la névralgie iléo-lombaire et des nerfs intercostaux. La palpation est beaucoup moins douloureuse à droite. Le toucher vaginal indique un col gras, surtout dans sa lèvre postérieure, porté en avant, derrière la symphyse et une rétroflexion très prononcée du col. Celui-ci est tout à fait plié à angle droit sur le col, et remplit l'excavation. Il paraît gros au toucher et est très sensible, il semble mobile, et j'ai la sensation que je pourrai faire la réduction. J'ai tendance à croire qu'il existe chez cette femme une rétroflexion ancienne, peut-être exagérée par les efforts faits dans les derniers temps; que cette rétroflexion s'accompagne peut-être d'une chute de l'ovaire dans le cul-de-sac de Douglas et qu'elle est le point de départ de tous les accidents douloureux et sympathiques éprouvés par la malade. Cette femme entra à la Maternité, salle Levret, dans le mois de juillet, où je pus l'examiner à loisir. Il me fut facile de me convaincre qu'elle était atteinte d'une rétroflexion à angle aigu, avec chute de l'ovaire dans la cavité de Douglas. Le corps utérin était plié à angle aigu, abaissé et fixé dans l'excavation; il était très sensible au toucher et la moindre pression exercée sur l'organe arrachait des cris à la malade. Le contact de l'ovaire était également très douloureux et s'accompagnait d'une douleur excessive,

remontant dans tout le côté gauche de l'abdomen jusque sous les fausses côtes (M. le professeur Trélat ayant eu souvent l'occasion de constater cette sensibilité spéciale, la nomme pour son entourage, coup de l'ovaire ; en effet, comme une sonnette, toutes les fois qu'on presse dessus, la femme au même instant se remue et exprime de la souffrance ; et cela n'a jamais fait défaut).

La malade fut mise en traitement dès son entrée ; avant de faire aucune tentative, j'instituai une médication préliminaire, consistant en bains prolongés, injections vaginales chaudes à 40°, répétées matin et soir et l'administration interne du bromure de potassium à la dose de 2 grammes par jour. Depuis la fin de juillet jusqu'au commencement de septembre, une série d'essais fut tentée pour redresser l'utérus ; des tampons de volume varié, des pessaires de divers modèles furent appliqués dans le cul-de-sac de Douglas, la réduction fut essayée dans la position génu-pectorale. Aucun ne réussit, au contraire, la présence de corps étrangers dans le vagin ne faisait qu'exaspérer la douleur, la position de l'utérus ne fut jamais modifiée et la sensation de l'ovaire prolabé restait la même.

La situation de cette malade était aussi misérable que possible ; la douleur continuelle qu'elle éprouvait dans le bas-ventre la condamnait au lit d'une manière presque absolue. Si elle se levait, elle ne pouvait marcher qu'à petits pas, le corps cassé en deux, et elle ne quittait guère son lit que pendant quelques minutes. L'appétit était presque nul ; les repas se réduisaient à des potages ou à du lait et l'état général laissait beaucoup à désirer.

Je me décidai à un parti radical pour soulager cette fem-

me. J'abandonnai l'idée de la réduction de l'utérus sous le chloroforme, et de l'opération d'Alexander à cause de la fixité de l'utérus dans l'excavation. Je m'arrêtai au parti d'enlever en totalité l'organe ; opération qui me paraissait justifiée par l'état des parties, les souffrances de cette malade, l'inutilité des traitements antérieurs et le voisinage de la ménopause. J'avais l'intention d'enlever en même temps par la voie vaginale l'ovaire gauche prolapsé.

L'hystérectomie vaginale fut pratiquée le 16 septembre. L'opération fut d'une facilité remarquable, et complètement terminée en 12 minutes. Une fois l'utérus enlevé et la longue pince placée sur le ligament large gauche, l'ovaire gauche remonta dans l'abdomen et n'était plus accessible au toucher. Il eut fallu pour l'extraire introduire le doigt profondément à travers la brèche périnéo-vaginale. L'organe avait repris sa place. Je ne jugeai pas à propos de le chercher pour l'extraire et l'opération fut terminée.

Les suites furent complètement apyrétiques. La malade se leva le sixième jour et quitta l'hôpital le huitième après l'opération. J'ai revu plusieurs fois cette malade depuis cette époque. La douleur de compression sur le rectum, la constipation, les troubles dyspeptiques disparurent presque de suite après l'opération ; mais la sensibilité superficielle et profonde de l'abdomen du côté gauche persista longtemps, et me fit regretter plusieurs fois de n'avoir pas extirpé l'ovaire gauche comme j'en avais le dessein. Je dois dire que le toucher vaginal, pratiqué à plusieurs reprises depuis l'opération, ne m'avait jamais fait constater la reproduction du prolapsus de l'ovaire. Le toucher

indiquait seulement dans le fond du vagin, sur la cicatrice un point très sensible, très douloureux, dont le contact faisait crier la malade. Vers la fin de février 1887, cette femme vint me retrouver et je pus voir et toucher un point sensible, véritable bourgeon hyperesthésique, partant de la cicatrice vaginale et saignant au contact du doigt. Du reste à cette époque le changement le plus heureux s'était produit, la marche était facile, la mine et l'appétit étaient revenus, et véritablement la malade, pâle, languissante et geignante d'avant, ne pouvait plus être reconnue dans la femme tout à fait transformée. Le 20 avril, je détruisis profondément le bourgeon charnu à l'aide du thermocautère, ce fut la fin des misères, et aux dernières nouvelles il n'y avait plus rien à désirer.

M. Richelot publie dans l'*Union Médicale* du 16 juillet 1886, p. 101, l'observation suivante : Ma dernière hystérectomie vaginale est du lundi 5 juillet. Il s'agit d'une femme de 41 ans, que j'ai fait entrer à l'hôpital Bichat après l'avoir observée dans le service de mon collègue, Landrieux, à Saint Antoine. Elle avait une sciatique double très intense et une paraplégie prononcée, souffrant toujours et faisant à peine quelques pas. L'utérus paraissait en rétroflexion, mais par le toucher rectal on reconnaissait la présence de plusieurs petits fibrômes faisant saillie en arrière. Il y avait une cloison verticale du vagin qui devait faire penser à un utérus bifide ; en effet j'ai trouvé deux cavités cervicales, deux orifices, deux cavités utérines. Au cours de l'opération, le cul-de-sac antérieur du péritoine était fort élevé, comme il arrive dans cette anomalie ; l'utérus était bourré de fibrômes, enclavé et adhé-

rent à l'enceinte pelvienne, j'ai dû rompre les adhérences avec le doigt, et l'opération a duré plus d'une heure. Néanmoins la malade a très peu souffert pendant deux jours, et n'a vomi que le jour de l'opération ; la température n'a jamais atteint 38° et la guérison est maintenant acquise. »

5° *Procédés d'associations*

Lorsqu'avec la rétroversion ou rétroflexion existe une déchirure du périnée, un relâchement des parois du vagin nul doute que l'indication ne soit multiple. Corriger la rétro déviation, et la maintenir ne suffit pas, il faut encore renforcer les tissus, et combler les pertes de substance, si on veut obtenir une guérison durable. Suivant le cas, on s'adressera soit à la périnéorrhaphie, soit à l'élytorrhaphie, soit enfin à la colpo-périnéorrhaphie.

Sur ces points l'entente est unanime ; aussi nous abstenons-nous de décrire ces procédés, renvoyant aux mémoires spéciaux. Je ne dirai qu'un mot de l'association de plusieurs procédés que M. Doléris érige en méthodes ; il conseille le manuel opératoire suivant qui lui aurait donné des succès.

1° Commencer la restauration complète et aussi parfaite que possible du plancher pelvien, suivant la nécessité ; restaurer aussi le vagin en rétrécissant la paroi qui est exubérante et relâchée ; 2° raccourcir les deux ligaments ronds et surtout porter le raccourcissement à sa limite extrême, 8 à 10 centimètres ; s'assurer que l'utérus est bien remis en place ; terminer l'opération du côté de l'aîne et procéder au pansement.

§ 6. — *Adoption d'un procédé.*

Après avoir montré quelles sont les déviations postérieures qui réclament une intervention opératoire et décrit les moyens qu'on peut mettre en usage pour les combattre, il nous reste à dire, qu'elle est l'opération à adopter.

Nous éliminons les deux premiers procédés comme insuffisants et dangereux. Insuffisants parce qu'ils n'ont aucune influence sur la déviation qui n'est en aucune façon modifiée et qu'ils peuvent même aggraver. Dangereux, malgré le dire de Sanger qui taxe de guérison spontanée, la régression de la péri-mérite obtenue par l'ouverture du cul-de-sac de Douglas, et son tamponnement avec la gaze iodoformée jusqu'à la formation d'une inflammation aseptique. A ce propos il cite le cas suivant. « Un pessaire d'Hodge, un peu trop grand déterminait l'inflammation de la cavité de Douglas, qui s'est propagée au tissu périphérique, et aux replis utéro-sacrés lorsque la phlegmasie disparut l'utérus qui auparavant était rétrofléchi et hypertrophié se trouva après en antéversion et se maintient sans aucun pessaire. Plus tard après l'élongation des ligaments et le relâchement des tissus, la matrice retomba de nouveau dans sa position vicieuse ». Mais comme il est impossible de limiter au gré de l'opérateur, l'inflammation nous ne pouvons accepter la manière de voir de Sanger d'autant plus que lui-même ne l'érige pas en méthode.

A plus forte raison on doit abandonner les moyens mis en usage par Amussat et Grenet (cité plus haut).

Quant au procédé de Schuckring nous l'avons décrit avec tout le développement qu'il comportait, et n'avons plus à y revenir.

Qu'il nous suffise de dire que, l'hystérectomie vaginale pour rétroflexion n'a pas été faite souvent; le cas de M. Richelot que nous avons décrit plus haut, et que les auteurs donnent comme tel, ne saurait entrer en ligne de compte, vu qu'il y avait en dehors de la rétroflexion de nombreux corps fibreux.

Pourtant M. Richelot dit : « Je l'ai faite et la ferai encore pour de petits fibrômes, et pour une simple rétroflexion utérine à symptômes menaçants, je la ferai certainement pour des prolapsus rebelles », ce qui prouverait qu'il l'a véritablement faite; mais malgré toutes nos recherches nous n'avons pas trouvé l'observation dans laquelle il s'agissait de rétroflexion simple.

Restent donc en présence deux procédés; celui d'Alquie Alexander et l'hystéropexie, opération de Kœberlé, Olshausen. Quelle est la valeur de chacun; quelles sont leurs indications particulières? Pour répondre à cette question nous devons les examiner successivement : 1° Au point de vue du pronostic vital; 2° au point de vue de la valeur thérapeutique.

L'hystéropexie au point de vue de ses dangers.

Malgré les progrès de la chirurgie abdominale, on ne saurait prétendre que l'ouverture du péritoine et la suture de l'utérus, n'exposent pas plus la vie des malades qu'une incision superficielle, et la suture des ligaments ronds raccourcis.

Sanger partisan convaincu de la ventrofixation, puisqu'il l'a faite simplement pour combattre la douleur, reconnaît que « le pire de tout c'est que l'opération réclame l'ou-

verture abdominale, qui ne doit être faite que dans des cas graves, car malgré l'antiseptie actuelle la laparotomie constitue toujours un danger. »

Schultze insiste sur le fait suivant « les résultats à obtenir ne sont pas en rapport avec les dangers de l'opération. »

Olshausen, auteur de la méthode veut qu'elle soit réservée pour les cas où les autres moyens sont restés sans résultat, et la considère avec Schultze comme une opération de nécessité. Dans la séance du 16 janvier 1889, de la *Société de Chirurgie*, M. Terrier émettait l'opinion déjà mise en avant par Sanger (1) « qu'il y a lieu d'y avoir recours à l'hystéropexie quand l'élément douleur accompagne la déviation. »

Il reste peu de chose à ajouter sur le shock opératoire, l'absorption septique, la péritonite, toutes complications de la laparotomie trop connues pour que nous insistions ; dernièrement elles ont été traitées de main de maître par M. Terrillon (*loc. cit.*).

Disons à l'honneur des opérateurs, que jusqu'ici l'hystéropexie pour rétrodéviations n'a pas donné de cas de mort, ce qui n'empêche pas que la laparotomie simple, ou associée à la déchirure des adhérences, constitue une intervention qui met toujours en danger la vie des malades, comme le prouve l'hystéropexie pour prolapsus de l'utérus, qui a donné un cas de mort. C'est M. Polaillon qui a rapporté cette observation à la Société de Chirurgie.

Dans tous les cas nous croyons qu'on doit surtout

1. *Centralb. für gynak.* 1888. N^{os} 2 et 3.

subordonner la gravité de l'acte chirurgical au résultat à obtenir.

Valeur thérapeutique de l'hystéropexie

L'hystéropexie en tant que fixation, fixe bien; Kœberlé (1) à revu huit ans après l'opération sa malade, et a constaté que l'utérus n'avait pas bougé et se trouvait toujours accolé à la paroi abdominale: Léopold (2) au bout de quatorze mois fit la même constatation; Korn seize mois plus tard; Sanger après trois mois.

Pourtant dans un cas de Sanger, la rétroflexion avait de la tendance à se reproduire, et dans l'observation II de M. Piqué la rétroflexion s'est reproduite, en conséquence nous devons faire des réserves sur la valeur absolue de la fixation; d'autant plus que Sanger dans son travail, prétend qu'avec le temps l'utérus devient mobile. Mais si la mobilité a lieu rapidement après l'opération, c'est la reproduction de la déviation, et par suite, l'échec opératoire.

Toute fois, ces questions ne sauraient être résolues pour le moment, c'est l'avenir qui permettra de se prononcer, tant sur la valeur que sur la durée de fixation; jusqu'ici dans la majorité des cas le résultat a persisté. Cette fixation au point de vue thérapeutique est donc une bonne chose, mais en est une mauvaise au point de vue fonctionnel, par cela même que c'est une fixation, et qu'à l'état normal l'utérus doit non seulement être en antéversion, mais aussi jouir d'une mobilité complète.

1. *Gazette médic de Strasbourg*. 1877, p. 28.

2. *Centralb. für gynäk*, 1888.

Une question qu'il serait très important de résoudre autrement que par des considérations théoriques ; c'est celle de l'influence que pourrait avoir la grossesse sur la position de l'utérus suturé à l'abdomen. M. Pozzi, dans son remarquable article déjà cité, fait les suppositions suivantes : les adhérences seraient-elles détruites ? La grossesse serait-elle entravée par la gêne apportée au développement de l'utérus, ou bien celle-ci pourrait-elle se faire librement en dehors et au-dessus du point très limité où l'organe est immobilisé ? C'est la raison pour laquelle Olshausen et Sanger ont adopté la suture des bords, et non la face antérieure de l'organe, mais leur procédé assure une adhérence moins efficace, et de plus la fente qu'il laisse subsister constitue malgré toutes les précautions opératoires, une boutonnière dangereuse au point de vue de l'étranglement interne.

Quant à la question de savoir ce que devient la vessie, tous les auteurs se la sont posée ; M. Desprès l'a soulevée à la Société de Chirurgie, mais il n'y a pas d'observation jusqu'à présent qui relate de troubles urinaires, aussi admettons-nous jusqu'à preuve du contraire, avec MM. Terrier, Picqué, Lucas-Championnière et tous les gynécologistes allemands qui ont pratiqué cette opération, que le réservoir urinaire n'a rien à craindre. Seulement nous ferons remarquer à M. Lucas-Championnière que ce n'est pas la vessie qui a pour oreiller l'utérus, mais que c'est le contraire qui se produit ; c'est la matrice qui repose sur la vessie : en effet, à un moment donné et avec le temps ce poids non senti au début, peut être perçu, devenir douloureux, surtout si par une cause quelconque la

vessie s'enflamme; auquel cas la présence de l'utérus dévié, appuyant sur elle deviendrait dangereuse; ces cas ne se sont d'ailleurs pas produits.

En résumé l'hystéropexie est une opération rationnelle qui offre ses dangers, ses succès et ses indications: la généraliser, à tous les cas est une faute d'autant plus grande que jusqu'à présent personne ne peut dire, si le résultat est définitivement acquis, ni ce que deviendrait l'utérus en cas de grossesse.

Le » raccourcissement des ligaments ronds, au point de vue vital.

Il résulte des faits jusqu'ici connus, que la simple incision superficielle avec raccourcissement des ligaments ronds est moins grave comme intervention que la laparotomie.

Manrique dans sa thèse inaugurale, rapporte 124 opérations auxquelles nous en ajoutons 198 autres (en tenant compte des 139, citées seulement, par Cassati (de Rome) qui ont une réelle importance au point de vue vital, car il n'y a pas eu un seul décès. Nous pouvons donc dire que sur 322 interventions il n'y a eu qu'une seule mort, c'est le cas que rapporte Col dans le *Journal de Monde* (déjà rappelé par Manrique dans son travail remarquable à tous les points de vue); et où la malade a succombé à la pyohémie. W. A. Duncan cite bien 7 autres cas, mais il ne donne aucun détail sur les faits qu'il rapporte, il nous a été malgré nos recherches impossible comme à Manrique, de nous procurer autre chose que des citations; en conséquence ces sept morts ne doivent pas être prises en considération.

En tenant compte du seul fait de mort connu avec détails, la moyenne après addition de nos observations, se trouve abaissée de 0, 8 pour 100 (travail de Manrique) à 0,3 pour 100. Et si nous ajoutons les sept morts de Duncan elle se trouve être de 2,7 pour 100, au lieu de 6,4 pour 100. Nous ne voulons pas entrer dans une discussion détaillée de peur qu'on ne nous reproche d'avoir fait parler les faits en notre faveur ; il nous suffit de rapporter ces chiffres qui en disent assez pour légitimer l'opération.

Dans tous les cas, ce qui nous paraît avoir plus de valeur c'est l'opinion particulière de chaque praticien, il est bien entendu que nous parlons de ceux qui ont fait cette opération un certain nombre de fois et non pas de Sanger qui l'a faite une seule fois et la rejette.

Burton (de Liverpool), l'a faite 12 fois ; il la considère comme la meilleure qui puisse être proposée contre les déplacements utérins.

Cassati (de Rome), qui a fait 139 l'Alexander, propose de l'appeler « *Cure radicale des rétroflexions.* »

Gardner et Imlach se montrent très contents des résultats obtenus.

Doléris, dans les *Nouvelles Archives de gynécologie* pour 1889, s'appuyant sur un total de cinquante cas, déclare que « le raccourcissement des ligaments ronds représente le procédé le plus efficace et le plus dépourvu de dangers que l'on puisse appliquer aux déviations de l'utérus en arrière. »

Kümmel croit qu'elle est injustement bannie par les gynécologistes allemands, et que si elle n'a pas donné de résultats c'est parce qu'elle est mal faite.

Il résulte de ce que nous venons de dire que le raccourcissement des ligaments ronds est de beaucoup moins dangereux que la laparotomie ; c'est à cette opération qu'il faut penser en premier lieu, qu'il faut recourir, sauf contre-indication.

M. Pozzi (*loc. cit.*) se maintenant strictement sur le terrain scientifique, tenant grand compte du vieil adage « *Primum non nocere* » résumé dans un chapitre la ligne de conduite qu'on doit suivre en présence des rétrodéviations. Je crois indispensable de reproduire textuellement ce chapitre à cause de sa grande valeur. « Doit-on avec Sanger, Léopold (ajoutons M. Terrier), confiants dans l'innocuité absolue de la laparotomie antiseptique, la pratiquer même pour des cas de rétroversion mobile, c'est-à-dire réductible, lorsque le pessaire convenable, recherché avec persévérance de la part du médecin, et patience de la part de la malade, ne peut les maintenir et que les accidents persistent ? C'est là, me semble-t-il, une faute. Le raccourcissement des ligaments ronds offre une ressource trop précieuse, ainsi que M. le professeur Trélat le rappelait récemment, pour être en pareil cas négligé.

A la vérité dans une de ses observations (la VII^{me}) Sanger a bien essayé d'abord sans succès l'opération d'Alexander, mais dans une autre observation (la V^{me}) il s'est décidé d'emblée, à la laparotomie sans avoir au préalable tenté de maintenir l'utérus par le raccourcissement des ligaments ronds. Même remarque pour la première opération de Léopold. Il y a là un abus contre lequel on doit, me semble-t-il, protester. Quand deux opérations sont susceptibles d'obtenir les mêmes résultats, il ne faut se

résoudre à la plus grave qu'après avoir tenté vainement la plus bénigne. »

Nous nous associons à M. Pozzi pour protester contre l'engouement d'une opération nouvelle ; même si le résultat des raccourcissements des ligaments ronds n'est pas comparable à celui de l'hystéropexie ; à cause même de la gravité de la laparotomie, reconnue par tout le monde. Il ne faut pas se baser sur les résultats favorables, mais encore incertains dans leurs conséquences lointaines, fournis jusqu'ici par la fixation de l'utérus à la paroi abdominale, à moins d'indications formelles. Dans tous les cas, on ne saurait la généraliser, et elle ne restera que dans la pratique d'un certain nombre de médecins versés en chirurgie abdominale, et par suite elle se trouve trop restreinte, vu le grand nombre de femmes atteintes de rétroversions opérables.

Résultats thérapeutiques de l'opération d'Alquie Alexander.

A ce point de vue, les observations laissent beaucoup à désirer pour plusieurs raisons : 1° un grand nombre, 151, ne sont que des citations ; 2° les chirurgiens louent l'opération, proposent de l'appeler « cure radicale » mais ne donnent pas d'observations détaillées ; 3° beaucoup de malades ont été perdues de vue immédiatement après l'opération, et on ne sait si les résultats obtenus, se sont maintenus ou non ; 4° l'Alexander a été combiné avec d'autres opérations, et on ne saurait attribuer les succès à son intervention seule.

D'où la nécessité de diviser et subdiviser les faits, pour mettre en évidence les résultats, l'époque à laquelle on

les a constatés, ainsi que les échecs et leurs causes. Il nous reste 72 observations dont 44 rétroflexions simples ou accompagnées d'hypertrophie, d'abaissement de l'utérus, avec rectocèle ou cystocèle, de prolapsus de l'ovaire, de déchirure du périnée : quatre sont des échecs opératoires, huit ont été perdues de vue, cinq ont subi en même temps que l'Alexander une autre opération (périnéorrhaphie, élitorrhaphie, etc.) les 27 autres sont des succès. Si nous laissons de côté les huit qu'on n'a plus revues, nous avons seulement 4 échecs sur 36 rétroflexions opérées. Après guérison complète quatre femmes enceintes et qui ont accouché normalement.

Dix-sept rétroversions simples ou accompagnées d'hypertrophie de l'utérus, d'abaissement de la matrice, de prolapsus de l'ovaire, de salpingite. Parmi ces rétroversions, onze ont complètement guéri, trois n'ont pas été revues, deux fois l'attitude vicieuse s'est reproduite, et dans le cas de lésion de la trompe, la douleur a persisté malgré la bonne position de l'utérus.

Sept rétroversions avec rétroflexion dont quatre ont complètement guéri, les trois autres sont des échecs.

Trois rétroflexions adhérentes opérées après mobilisation sont des insuccès. Une rétroversion adhérente avec cystocèle et rectocèle a été guérie.

De l'exposé ci-dessus, il résulte que sur soixante-douze observations de raccourcissement des ligaments ronds, il y a eu quarante-sept-guérisons complètes, constatées à des époques, comprises entre un mois et deux ans; treize échecs partiels ou complets; sept femmes ont été perdues de vue immédiatement après l'opération; deux sont

sorties de l'hôpital incomplètement guéries ; enfin trois continuent à souffrir après l'opération, l'organe toutefois étant contenu.

Ce qui fait que la moyenne des insuccès thérapeutiques (toutes choses considérées à la fois) de l'opération d'Alquie Alexander serait de 34,7 pour 100, chiffre extrêmement élevé qui ne plaide nullement en sa faveur. Mais la question ne saurait être jugée sur ces données ; les femmes perdues de vue, celles qui sont sorties avant la guérison et plus encore les cas où la déviation s'accompagne de la lésion des annexes, l'utérus restant contenu après l'opération ; ne doivent pas entrer en ligne de compte : ensuite l'opération a ses contre-indications.

Analyse des échecs, thérapeutiques dus au raccourcissement des ligaments ronds.

Le cas de Smith a été analysé par le chirurgien de Liverpool, nous n'avons pas à y revenir.

Dans les deux échecs de Kümmel, l'auteur nous dit à quoi ils sont dus : « Il n'y a pas de doute que les ligaments ronds soient les meilleurs freins capables de réduire la rétroflexion ; ils sont les suites de l'utérus même : un point de grande valeur est d'enlever le plus possible des ligaments, au moins 10 à 12 centimètres, et de les fixer solidement ». Ici le raccourcissement n'a été que de 4 à 5 centimètres, tout à fait insuffisant, comme il l'a reconnu lui-même.

Dans le fait de Skene Keit, il s'agissait d'une rétroversion douloureuse impossible à contenir avec les pessaires. S.. fit l'Alexander, mais après 12 semaines, la rétroversion

se reproduisit, et avec elle réapparurent les douleurs. Les détails manquent sur cette opération ; nous nous bornons à l'indiquer telle qu'elle est donnée. En tout cas, sa manière de faire est irréprochable (voir l'observation IX). S... ne nous dit pas si la fixation de la matrice par la laparotomie a été rendue plus difficile par l'intervention primitive (Alexander).

L'opérée de Reid n'eut qu'un seul des ligaments raccourcis, le droit ; celui de gauche s'est rompu au cours de l'opération, le canal inguinal de ce côté a suppuré. Il n'y a rien d'extraordinaire à ce qu'un seul lien soit incapable de soutenir l'utérus surtout hypertrophié. Je ne connais que deux cas de contention de l'utérus par le raccourcissement d'un seul ligament, ils appartiennent à Alexander et à Bouilly.

Cet échec prévu pour ainsi dire ne montre autre chose que ce qui était connu depuis longtemps, à savoir que le raccourcissement d'un seul ligament est insuffisant à contenir l'organe, sauf de rares exceptions, dont les conditions sont encore à déterminer.

Le cas d'Alexander était complexe, car avec la rétroversion il y avait léger abaissement ; la descente de l'utérus après l'opération n'a pas été trouvée bien prononcée, l'observation spécifie qu'elle ne nécessitait pas le port d'un pessaire. Pourtant nous le rangeons parmi les succès, pour être d'accord avec l'impression que nous a laissée l'étude de cette question. En vérité dans la majorité des cas de rétro-déviation avec prolapsus, le raccourcissement seul des ligaments ronds, s'est montré insuffisant, nous ne disons pas inutile, car associé au renforcement du

plancher pelvien ou des parois vaginales, il a fourni de très bons résultats.

Fowler rapporte deux insuccès, dans l'un après l'opération, il persistait un léger abaissement, dans l'autre la rétroversion disparut, la rétroflexion persista, ce dernier cas sera analysé plus loin. Le premier est susceptible de la même critique que celui d'Alexander; il fallait associer le raccourcissement des ligaments à une autre opération auto-plastique, indiquée par l'état local.

La femme opérée par Parish avait une rétroflexion et rétroversion; avec prolapsus marqué et rectocèle; le ligament droit était atrophié, le gauche fut difficilement mobilisé; on raccourcit de deux pouces d'un côté, et d'un seul de l'autre; la rétrodéviation a été corrigée, mais la malade n'en a pas retiré grand bénéfice. Pour que le résultat fut meilleur, l'auteur aurait dû faire l'élytrorrhaphie postérieure, ou la colpo-périnéorrhaphie, suivant que le périnée était intact ou déchiré.

Dans les trois derniers échecs, il s'agissait de rétroflexions adhérentes; deux d'entre elles devaient doublement échouer, car non seulement elles étaient irréductibles, mais un seul des ligaments put être mobilisé. La troisième est un insuccès complet.

L'étude attentive et détaillée de ces observations démontre que trois fois l'opération pouvait réussir si les ligaments avaient été suffisamment raccourcis et des deux côtés à la fois. Parmi les dix autres qui restent, six, plus de la moitié s'accompagnait de léger abaissement ou prolapsus prononcé, ce qui démontre que le raccourcisse-

ment des ligaments ronds tout en étant indiqué se trouve être insuffisant.

Alexander en maintes circonstances l'a bien senti lorsque en même temps il pratiquait la périnéorrhaphie ou l'élytrorrhaphie ; pourquoi malgré les bons résultats obtenus n'a-t-il pas généralisé cette conduite ? Il aurait eu moins d'échecs à enregistrer.

Il ressort donc de tout cela que les cas ne sont pas semblables entre eux et doivent être divisés en 3 groupes : 1° rétrodéviations avec utérus mobile ; 2° rétrodéviations accompagnées de prolapsus ; 3° rétrodéviations adhérentes et irréductibles. Sur 54 cas de rétroversion ou rétroflexion simples, il n'y a eu qu'un seul échec imputable à l'opération, soit une moyenne de 1,8 pour 100. Ces faits prouvent jusqu'à l'évidence que l'opération d'Alexander mérite d'être maintenue et pratiquée.

Treize rétrodéviations accompagnées d'abaissement plus ou moins prononcé, ont donné sept succès et six échecs, parmi les succès trois fois on a fait la périnéorrhaphie, en outre l'Alexander ; dans les quatre autres on a pratiqué le raccourcissement des ligaments ronds seuls, si nous faisons la proportion de ces derniers, nous avons quatre succès sur 13 opérations ; la moyenne d'insuccès est donc de 46,1 pour 100. Ces chiffres en disent assez pour faire reconnaître l'inefficacité de l'opération simple. Il n'en est plus de même lorsqu'on considère les résultats fournis par l'association de l'Alexander avec le renforcement du périnée. Les trois observations citées plus haut sont des succès éclatants et durables ; deux femmes sont devenues enceintes et ont accouché normalement. (Voir dans notre

tableau les observations de Gardner). Malgré ces nouvelles causes de relâchement et de distension, les résultats ne se sont pas démentis.

Quant aux cinq cas de rétrodéviations adhérentes il n'y a qu'un seul résultat, constaté seulement un mois après l'opération.

Conclusion. — Le raccourcissement des ligaments ronds donne de bons résultats dans les rétroflexions et rétroversions avec utérus mobile, ou facilement mobilisable, et doit être conservé. Dans les rétrodéviations avec prolapsus, on doit l'associer aux procédés autoplastiques faits sur le périnée ou le vagin. Il ne fournit pas de résultat dans les rétrodéviations adhérentes et irréductibles.

Quand faut-il faire l'opération d'Alexander ?

Pour répondre à cette question, nous devons l'étudier dans les rétrodéviations mobiles et dans les adhérentes. M. le professeur Trélat, dans sa leçon clinique inédite du 23 janvier 1889, conclut de la manière suivante : « Le raccourcissement des ligaments ronds reste une bonne opération pour les rétroflexions mobiles et facilement mobilisables ; elle échoue dans les rétroflexions adhérentes et irréductibles, ou difficilement réductibles ». Nous partageons en tous points des vues de notre maître, et l'étude précédente des observations plaide en faveur de l'opération d'Alquié exécutée dans les conditions exposées plus haut : nous ne croyons donc pas nécessaire d'insister davantage.

Dans les rétroflexions adhérentes il faut distinguer celles qui sont facilement réductibles, et celles qui sont irréductibles ou difficilement réductibles. Mais auparavant, nous

devons chercher à connaître, autant que possible, *la nature, le siège, la conformation* des adhérences et la manière dont elles se comportent en face des manœuvres de réduction.

Nature des adhérences. — Dans la majorité des cas, les adhérences sont de nature inflammatoire, suites de la para et péri-métrite; mais les déchirures ligamenteuses, les pertes de substance, leur donnent aussi naissance: ces deux dernières causes sont rares. L'hystéropexie a permis de se rendre compte de la nature inflammatoire des adhérences péritonéales. La propagation de la phlegmasie septique se fait par continuité de tissus; de la muqueuse utérine elle s'étend à la trompe, et par voisinage au péritoine. Car on sait aujourd'hui que la pelvi-péritonite est due le plus souvent à l'extension des lésions de la trompe au péritoine; mais souvent la salpingite à laquelle elle a donné naissance disparaît et ne laisse comme traces de son existence, au point de vue clinique, que les adhérences qui immobilisent les organes dans des positions vicieuses. Les modifications que détermine l'inflammation des membranes séreuses consistent dans des exsudats de caractères variables; lorsque la phlegmasie est aiguë, il se produit une quantité abondante de liquide; cet exsudat contient une proportion considérable de substance fibrinogène qui se dépose sous forme de lames ou de flocons, de volume variable à la surface de la séreuse enflammée. Les lames de fibrine en contact s'organisent et forment les adhérences intimes et étendues; les flocons donnent naissance à des filaments, qui en s'unissant par l'extrémité

restée libre, constituent les adhérences longues, les brides, de volume variable.

La phlegmasie chronique est plus importante au point de vue de notre étude, car dès son apparition elle représente le premier stade des adhérences. Cet exsudat mince d'abord s'épaissit par le dépôt de nouvelles couches de fibrine, sous forme de fibrilles ou de lames ; plus tard des capillaires sanguins de nouvelle formation pénètrent dans leur épaisseur. Leur structure devient de plus en plus élevée, leur consistance plus grande ; des vaisseaux embryonnaires qui ont pénétré et vascularisé l'exsudat fibreux, les uns disparaissent, les autres se munissent de parois plus complètes, continuent à végéter et à s'organiser. Sur les anciennes adhérences en brides, on trouve des vaisseaux rares, mais souvent assez importants pour donner naissance à un écoulement sanguin abondant ; dans ces cas l'hémorrhagie se fait en un point où il est facile de saisir et de tordre ou lier les vaisseaux, tandis que les petits vaisseaux des adhérences en lames, saignent en nappe et l'hémostase est souvent très difficile à obtenir. Quant aux adhérences paramétriques, leur véritable nature n'a point été constatée jusqu'ici par des nécropsies. Schultze les appelle « *Processus paramétriques cicatriciels* » ; nous préférons les nommer « *Processus paramétriques d'induration* », pour éviter la confusion qui pouvait naître entre ces noyaux inflammatoires susceptibles de régression, à la suite d'un traitement approprié, et les véritables cicatrices qui ne cèdent à aucun moyen employé et persistent indéfiniment, comme les cicatrices suite de gangrène. Ceci dit, revenons aux adhérences paramétriques ; leur multiplicité, la rapi-

dité de leur développement, et celle non moins grande de leur disparition par le traitement antiseptique de la métrite, ne permettent d'y voir autre chose que des propagations par les voies lymphatiques, propagations à évolutions variées comme on l'observe pour d'autres régions. Leur régression laisse des indurations analogues à celles qu'on remarque à la suite des traumatismes, fractures, luxations, ou de certaines inflammations qui intéressent le système lymphatique.

Dans certains cas où les déviations deviennent promptement adhérentes, on pourrait penser que c'est la déchirure elle-même des ligaments utérins qui se répare en constituant un cordon ferme et plein, facilement reconnaissable par le toucher. Très rarement des véritables pertes de substance, suites de gangrène, en se cicatrisant, déterminent des adhérences qui entraînent des attitudes vicieuses.

Siège et forme des adhérences. — Suivant que la phlogose se propage du côté du tissu cellulaire, ou du péritoine, les adhérences se divisent en cellulaires ou paramétriques, et péritonéales.

Les adhérences cellulaires, ou processus d'induration, se produisent avec une déplorable facilité dans le cours des métrites ; elles ont souvent une marche insidieuse subaiguë ou chronique, et leur sort semble lié à la persistance, à l'aggravation, ou à la guérison de la métrite. Elles consistent en noyaux durs, gros, et en brides situées en arrière, sur les côtés de la matrice et dans l'épaisseur des ligaments larges ; ces foyers sont à différents états, les uns durs et indolents, les autres encore doulou-

reux au toucher, surtout lorsque la paramétrite est aiguë, mais très modifiables par un traitement approprié, sauf dans les cas où des brides sont constituées. Schultze cite des adhérences siégeant dans le ligament large gauche, constituées par une bride, que l'exploration bimanuelle reconnaissait sous forme de faisceaux ; ces faisceaux, pendant la rétroflexion étaient sensiblement parallèles, mais après réduction ils se croisaient, le col était fixé en avant, et le fond en arrière à la paroi pelvienne.

L'irréductibilité de l'utérus peut donc tenir à l'existence de foyers inflammatoires infectieux, à diverses périodes de formation, d'état ou de régression, ou à de véritables brides extra-péritonéales succédant à des déchirures ligamenteuses, se formant rapidement et se traduisant au toucher par la sensation de corde tendue.

Adhérences péritonéales. — Elles se présentent sous des formes et des aspects différents, qui rendent leur description difficile. Schultze les classe en longues et larges. M. Picqué (1) les divise comme il suit : « Au point de vue des adhérences, il faut distinguer les adhérences membraneuses, qui relient d'une façon intime et sur une grande étendue, le rectum et l'utérus, en effaçant complètement le cul-de-sac de Douglas ; et les adhérences filamenteuses, parmi lesquelles on reconnaît des adhérences épaisses et rigides et des adhérences minces et faciles à rompre. »

Ces deux divisions sont basées sur la forme et la résistance des fausses membranes. Je crois qu'il vaudrait mieux

1. *Bulletin gén. de Thérapeut.*, 1889, 2 livr.

se placer au point de vue opératoire ; en effet ce qui importe lorsqu'on doit sectionner ou arracher une adhérence, c'est sa longueur.

La difficulté est toute différente, selon que l'on a affaire à des brides résistantes, mais longues, ou bien à des adhérences courtes, intimes, quoique jeunes, fusionnant pour ainsi dire les deux surfaces opposées de la séreuse, et dont lorsqu'elles sont un peu étendues, la destruction, offre de grands dangers.

C'est là le caractère réellement important des adhérences, elles sont longues ou courtes, ou mieux lâches et serrées. Les adhérences serrées sont à leur tour vasculaires, ou peu vasculaires ; dans le premier cas les hémorrhagies secondaires et la décomposition sont à craindre, c'est ce qui conduisit Klotz à établir son tube à drainage. Les difficultés de redressement et de décollement de l'utérus sont en raison directe du degré de rapprochement des surfaces séreuses. Cela se comprend ; lorsque les brides longues sont résistantes et qu'on ne réussit pas à les arracher, on peut les couper entre deux ligatures, surtout si on craint l'hémorrhagie ; il n'en est pas de même quand les adhérences sont serrées et étendues, le décollement est laborieux, l'écoulement du sang se faisant en nappe, il est difficile à l'arrêter et cela nécessite parfois le drainage abdominal, comme nous venons de le dire.

Les adhérences péritonéales sont de beaucoup les plus importantes, au point de vue de l'intervention opératoire. Ce sont elles qu'on est appelé le plus souvent à combattre, elles résistent aux traitements de l'affection chronique qui leur a donné naissance ; et souvent aux manœuvres de redresse-

ment. Tous les auteurs insistent sur les adhérences en surface serrée du corps de l'utérus, à la paroi antérieure du rectum, qui constituent un obstacle opiniâtre à la rétention de la matrice dans la situation anormale. Le plus souvent les adhérences se combinent, M. Picqué dans ses hystéropexies a constaté la présence de deux formes d'adhérences existant à la fois ; des adhérences filamenteuses et membraneuses, ou lâches et serrées.

Quelle est l'influence des manœuvres de réduction sur les adhérences ? L'action est variable suivant les cas. Lorsque les adhérences sont longues, minces et faciles à rompre, il se peut qu'elles cèdent sans difficulté sous l'influence des manœuvres de redressement si habilement conseillées par notre maître Trélat. Dans ce cas il arrive que la réduction a lieu par rupture des adhérences lâches et peu résistantes ; alors l'utérus dégagé de ses liens anormaux, restera trop mobile et par ce fait exposé à retomber en arrière. Si les adhérences avec la cavité pelvienne sont serrées et étendues, il peut arriver qu'elles s'assouplissent sous l'influence du traitement prolongé, se laissent étirer, allonger de manière à permettre la réduction de l'utérus en antéversion, tout en gardant leurs attaches et leur puissance de traction affaiblie quoique persistante. Mais comme le tissu fibreux se rétracte en s'organisant, il résulte que si la matrice a été maintenue par une opération dans sa situation normale, s'établit une lutte entre la rétraction fibreuse et les moyens de soutien de l'utérus, lutte d'équilibre qui se termine tôt ou tard par la reproduction de la rétroflexion.

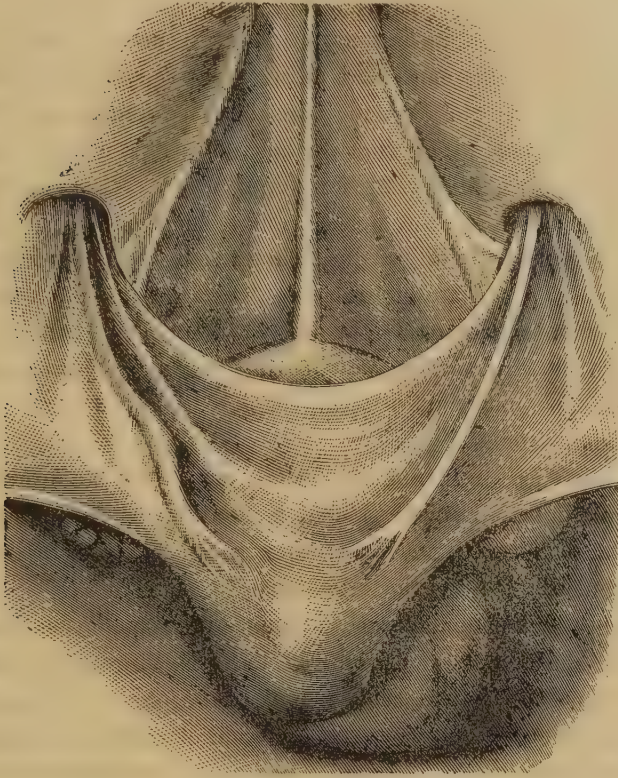
Lorsque des adhérences, étendues et serrées, prennent

naissance entre l'utérus et la face antérieure du rectum, il arrive que la laxité de la paroi rectale permet l'antéversion utérine, par entraînement de cette paroi. Dans ces conditions, si on maintient l'organe par une opération qui ne détruise pas les adhérences, de deux choses l'une, ou les moyens à l'aide desquels on a obtenu la contention cèdent et l'utérus revient de nouveau dans sa position vicieuse, ou les liens résistent et la matrice reste contenue. Ne peut-il pas alors arriver des troubles fonctionnels, graves du côté du rectum déformé? A cette question je répondrai que les observations ne relatent pas de troubles du côté du rectum. M. le prosecteur Delbet nous a montré une figure prise à l'amphithéâtre sur un cadavre dans laquelle la réduction de l'utérus était facile, mais le rectum se relevait avec l'organe et se déformait.

Conclusions. — L'opération d'Alquie Alexander, indiquée dans les rétrodéviations avec utérus mobile, est encore indiquée lorsque les adhérences se laissent rompre sous l'influence des manœuvres de réduction modérée, et que la mobilité de l'organe le prédispose à retomber en arrière. On reconnaît que les adhérences sont rompues lorsqu'à la suite des manœuvres de réductions, faites pendant peu de temps, sans effort, l'utérus se laisse brusquement ramener en antéversion et reste mobile après ces manœuvres.

Dans les rétroflexions adhérentes, irréductibles, l'irréductibilité étant constatée par l'échec des manœuvres de réduction, ou diagnostiquée d'emblée, et lorsque les adhérences se laissent étirer, allonger, sous l'influence des moyens connus, longtemps prolongés et violents, l'Alexan-

der échoue le plus souvent ; par conséquent il est contre-indiqué.



Une autre contre-indication résulte de l'insertion vicieuse des ligaments ronds sur l'utérus, ainsi que le montre la figure 2 ci-contre, éditée chez M. J.-B. Baillière ; elle appartient à M. Gérard Marchant, qui a bien voulu nous donner un résumé de l'observation de cette femme,

ainsi que les recherches cadavériques entreprises avec M. Jonesco, en vue de déterminer la fréquence de cette anomalie, qu'il explique par une hypothèse.

Voici les faits : « Femme de 56 ans, entrée à l'hôpital Tenon, pour une chute de l'utérus, avec rétroflexion. Double opération, qui consista dans le raccourcissement des ligament ronds et dans la colpo-périnéorrhaphie. Les suites opératoires furent des plus simples. Cette malade quoique guérie, restait dans le service en attendant son placement dans un hôpital (sénilité), lorsqu'elle succomba à une pneumonie : à son autopsie, on constata que l'opération de raccourcissement des ligaments ronds qu'elle avait subie, avait eu pour résultat *d'exagérer la rétroflexion* en raison de l'insertion moyenne et non supéro-utérine des ligaments ronds.

Ce fait est exceptionnel, j'ai fait un grand nombre de recherches pour savoir si chez le nouveau-né ou l'adulte, cette insertion vicieuse existait ; ni M. Jonesco, ni moi n'avons rencontré de faits similaires.

Il est probable que sous l'influence de phlegmasies utérines, qui allongent le fond de l'utérus, l'insertion ligamenteuse restant fixe, celle-ci finit par occuper non la partie supérieure, mais la partie moyenne et antérieure. C'est là une hypothèse que l'examen des utérus malades viendra confirmer ou infirmer. »

Ajoutons à ceci l'observation de Fowler, dans laquelle la rétroversion disparut, mais où la rétroflexion persista après l'opération. Celle-ci pourrait être expliquée de deux façons : 1° l'utérus étant rétrofléchi et le soulèvement de l'organe étant fait dans cette attitude, le raccourcissement

des ligaments ronds exagère tout naturellement la rétroflexion (l'élévation est pratiquée avec la main ou avec une tige intra-utérine, qui n'a pénétré que jusqu'à l'angle d'inflexion) ; 2° l'utérus rétrofléchi : les ligaments ronds s'insèrent d'une manière vicieuse, comme dans l'observation de M. Marchant.

Cette anomalie constitue bien une contre-indication, rare heureusement, car il est impossible de la reconnaître autrement qu'après avoir raccourci et attiré les ligaments.

Dans les rétroflexions adhérentes et irréductibles, ou difficilement mobilisables et après échec de l'opération d'Alexander, que convient-il de faire ? Lorsque la douleur est due à la rétro-déviatiou seule, qu'elle est vive, empêche la marche, rend la vie insupportable, ou que des troubles fonctionnels entraînent l'impuissance physique, il faut soulager les malades. Si l'Alexander est contre-indiqué, ou a échoué, il convient de recourir à la laparotomie, d'autant plus que l'ouverture de la paroi abdominale, grâce à l'antisepsie rigoureuse, a perdu de sa gravité.

Indication de l'hystéropexie. — Le propagateur de cette méthode, Olshausen la conseille dans les cas graves de rétroflexions adhérentes, lorsque les autres moyens sont restés sans résultat. Sanger et Léopold l'ont faite dans les mêmes conditions qu'Olshausen ; mais au lieu de la limiter aux rétroflexions adhérentes, l'étendent aux rétroflexions avec utérus mobile. Sanger voudrait encore qu'on la pratique toutes les fois que la laparotomie est indiquée et faite pour une autre affection. Schultze la réserve exclusivement aux rétroflexions, impossibles à réduire par le

procédé bimanuel ou intra-utérin. D'après Howard, Kelly (*Soc. d'obst. de Philadelphie*), les indications de l'hystéropexie pour rétroflexions sont au nombre de trois : 1° Rétroflexion de l'utérus avec adhérences quand les douleurs proviennent du changement de position ; 2° rétroflexion simple dans les cas où les autres moyens ont été sans résultat ; 3° rétroflexion simple dans les cas où l'ouverture de l'abdomen a été faite dans un autre but. M. Picqué dit que la fixation à la paroi doit être réservée aux rétroflexions adhérentes, irréductibles, ou difficilement mobili-sables ; mais comme la nature des adhérences est difficile, sinon impossible à établir d'avance, il convient de recourir en premier lieu aux manœuvres manuelles ou instrumentales de réduction et après de songer à une intervention plus radicale. M. Pozzi (*loc. cit.*) dit : « Nous croyons l'hystéropexie légitime quand l'opération d'Alexander aura échoué. L'indication principale me paraît résider dans les cas de rétroflexions irréductibles, où des fausses membranes et des adhérences qu'on n'a pu vaincre sous le chloroforme, ramènent toujours le fond de l'utérus dans le cul-de-sac de Douglas, parfois une fausse réduction où l'organe ne s'est déplacé, qu'en entraînant avec lui la paroi antérieure du rectum. Quand, dans une première séance d'épreuve sous l'anesthésie, on s'est convaincu de l'irréductibilité par les manœuvres externes, par l'emploi de la sonde ou du redresseur ; quand, dans une seconde séance après la dilatation de l'utérus, on s'est assuré que le redressement ne peut être effectué. Il va sans dire que si l'hystéropexie est discutable comme primitive, il n'en est pas de même de l'hystéropexie secondaire, qu'on pourrait pres-

qué appeler complémentaire. Lorsqu'au cours d'une laparotomie faite pour une autre lésion, corps fibreux, kyste de l'ovaire, salpingite, etc., on trouve l'utérus dévié en arrière, il est tout indiqué de profiter de l'occasion pour le redresser ». M. Terrier (1), a donné comme indication, la douleur seulement, lorsqu'il a annoncé à la Société de Chirurgie que : « Il y a lieu d'y avoir recours (à l'hystéropexie) quand l'élément douleur accompagne la déviation. »

Les opinions de Sanger, Léopold, Kelly et M. Terrier nous paraissent exagérées ; car il ne faut pas se dire, l'opération d'Alexander est mauvaise, très mauvaise, incontestablement mauvaise, et s'abstenir de la pratiquer. Agir de la sorte nous semble une grande faute.

Pour nous, la fixation de l'utérus à la paroi abdominale nous paraît légitime et indiquée : 1° Quand l'opération d'Alexander a échoué, ou qu'elle est contre-indiquée, la douleur étant vive ; 2° dans les rétroflexions adhérentes, ou irréductibles ; 3° lorsqu'il y a fausse réduction (comme dans l'entraînement de la paroi antérieure du rectum lors du redressement de la matrice en antéversion) ; 4° lorsqu'il y a adhérences irréductibles avec la paroi pelvienne d'un ou des deux ovaires prolabés.

En ce qui concerne la fixation de l'utérus à la paroi abdominale, lorsque la laparatomie est faite dans un autre but, fibrome, kyste, salpingite, etc., et que l'utérus se trouve en rétroflexion, nous ne pouvons être aussi affirmatif que Sanger, Kelly et M. Pozzi, et nous faisons des réserves. En effet, il y a des cas d'extirpation des annexes, dans lesquels l'utérus trouvé en rétroflexion stable, on

1. *Bulletin médical* du 20 janvier 1889.

détruit les adhérences et redresse l'organe, qui s'est maintenu en antéverson par ce seul fait. Ces remarques ont été faites par MM. Bouilly et Segond. M. Bouilly dans son cours de cette année, abordant le traitement opératoire des rétrodéviations, rejette complètement l'hystéropexie et la considère comme téméraire dans les rétroflexions simples avec utérus mobile ; quant à l'opération d'Alexander, il ne lui reconnaît qu'une seule indication, lorsque l'ovaire prolabé et douloureux coexiste avec une rétrodévation. D'après lui la fixation de l'utérus est inutile ; en effet, lorsque les rétrodéviations sont douloureuses, il y a lésion des annexes, et c'est à un ou à plusieurs foyers de pelvi-péritonite qu'elle est due. * Enlevez ces épines, dit-il, et la malade sera complètement soulagée ; non seulement elle ne souffrira plus, mais vous serez très surpris lorsque, au bout de 3 ou 4 mois, en examinant de nouveau la malade, vous constaterez que la rétroflexion n'existe plus. Le fond de l'utérus se trouve lentement et progressivement relevé par suite d'un travail de sclérose rétractile des adhérences détruites, qui jouent le même rôle que les ligaments utéro-sacrés. J'ai encore présentes à l'esprit deux de ces observations. La première date déjà d'un an et demi ; il s'agissait d'une femme atteinte d'une rétroflexion adhérente ; j'avais lutté contre la fixité de l'utérus à l'aide de la méthode bimanuelle et par des manœuvres intra-utérines, faites avec des tiges rigides. Pendant ce temps, les lésions des annexes progressaient, la douleur devenue insupportable m'a forcé de faire la laparotomie, en vue d'extirper les parties malades. Les foyers détruits, les annexes enlevées, la souffrance à dis-

paru, et, chose qui m'a beaucoup étonné, l'utérus petit à petit se redressait; et aujourd'hui je ne peux pas dire qu'il est en antéverson, mais la rétroflexion n'existe plus, le fond de l'utérus relevé occupe le milieu de l'excavation pelvienne. Dans la seconde observation j'ai vu et j'ai constaté les mêmes faits; celle-ci est encore récente, elle ne date que du mois de décembre 1888.

M. Segond a propos des opérations qu'il a faites à l'hôpital de la Charité et que nous donnons dans nos observations, et de quelques faits de sa pratique privée, démontrant la grande valeur de l'opération d'Alquie dans le redressement définitif des rétrodéviations réductibles, nous fit une clinique restée inédite. Voici comment il nous a résumé sa manière de voir au sujet du traitement des déviations en arrière :

« Lorsque la rétrodéviatiou est réductible, l'opération d'Alquie est l'opération de choix, à la condition de prendre les précautions voulues pour assurer la solidité de la fixation (nœud imaginé par Segond, ou procédé de Doléris).

« Lorsque la déviation est irréductible, on peut sans doute essayer d'assouplir les adhérences, et d'obtenir la réduction préalable par les procédés connus, pour raccourcir ensuite les ligaments ronds. Mais M. Segond pense que les résultats ainsi obtenus sont des plus infidèles; en fait, nous disait-il, lorsque la situation est assez grave pour légitimer une intervention sérieuse, le mieux est d'ouvrir le ventre, et de redresser l'organe par la destruction des adhérences. Cela fait, deux éventualités peuvent se présenter : ou bien la déviation utérine se com-

plique de lésions des annexes, et celles-ci sont alors la vraie cause des souffrances; ou bien la déviation et les adhérences qui la maintiennent sont seules en cause. Dans le premier cas, de beaucoup le plus fréquent, il faut pratiquer l'ablation des annexes, et cette opération suffit à maintenir la réduction sans qu'il soit nécessaire de recourir à l'hystéropexie. Dans le second cas, l'hystéropexie par simple accollement du fond de l'utérus à la paroi abdominale, est peut-être une intervention rationnelle et capable de maintenir la réduction.

« En fait pour M. Segond l'hystéropexie est bien rarement indiquée contre les rétrodéviations; par contre il croit cette intervention précieuse, toutes les fois qu'il s'agit d'obtenir la guérison d'un prolapsus utérin très accusé, à la *condition expresse* d'associer la fixation aux autres interventions que peuvent nécessiter les faits particuliers (amputation conoïde, colpo-périnéorrhaphie, etc.). En outre, M. Segond pense que dans les cas de ce genre, le simple accollement de la paroi de l'utérus à la paroi abdominale doit fournir des résultats peu durables. Pour lui, la SYMPHYSE UTÉRO-PARIÉTALE, réalisée par ce procédé opératoire, ne saurait résister bien longtemps aux tractions d'un utérus préalablement prolabé; et ce qu'il faut alors, c'est une fixation solide, telle que l'a réalisée le traitement extra-péritonéal dans l'ovariotomie. Aussi bien, nous disait-il dans un cas assez grave, pour nécessiter la laparotomie, je n'hésiterais pas à enlever un ovaire pour assurer le résultat de l'intervention. »

J'ai pu constater moi-même l'influence de l'ablation des annexes sur le redressement des rétrodéviations, au cours d'une opération faite par M. Segond, le 27 septembre 1888.

Il s'agissait d'une jeune femme de 28 ans, atteinte de rétroflexion adhérente et d'une double salpingite. Après avoir dégagé l'utérus, qui était comme enclavé dans la cavité de Douglas par des adhérences d'une extrême solidité, M. Segond fit l'ablation des annexes ; et les ligatures pédiculaires une fois mises en place, il nous fit constater avec une parfaite évidence que l'utérus était en antéversion et que le raccourcissement des ligaments larges, résultant de la ligature, mettait un obstacle invincible au renversement de l'organe en arrière.

Il y a tout lieu de supposer que ce redressement de l'utérus est suffisant, et M. Segond nous a cité deux faits de sa pratique privée, et qui suffiraient à le démontrer ; il s'agit de deux femmes atteintes de rétroflexion et de double salpingite, que ce chirurgien a opérées et suivies pendant plusieurs mois ; chez ces deux malades le redressement utérin résultant de la double castration paraît définitif.

Donc on ne doit pas toujours fixer le fond de la matrice à la paroi abdominale ; il faut tenir compte de ces faits, et pour nous résumer : Lorsque après déchirure des adhérences, l'utérus reste assez mobile, et tend à retomber en arrière, la fixation devra nécessairement être faite ; sur ce dernier point, nous sommes de l'avis des auteurs cités. Mais lorsque la matrice conserve la position donnée par le chirurgien, ou qu'elle n'a pas de tendance à reprendre sa position vicieuse, nous croyons avec MM. Bouilly et Segond qu'il convient de s'abstenir de suturer le fond de l'utérus à la paroi abdominale.

OBSERVATIONS

M. le professeur Trélat a bien voulu nous faire écrire sous sa dictée les conclusions suivantes déjà communiquées à la Société de chirurgie, sur les cinq dernières observations de rétrodéviations.

« De ces cinq observations, l'une est un fait de rétroflexion persistante, mais pas très adhérente, celle-là traitée par l'Alexander est restée guérie. Chez une autre femme où la rétroflexion était très adhérente, longuement et très bien mobilisée, la guérison s'est parfaitement maintenue et persiste dix mois après l'opération. Chez les trois autres malades, malgré une mobilisation très complètement exécutée, malgré la multiplication des points de suture destinés à fixer les ligaments ronds, l'utérus a repris plus ou moins sa position vicieuse; et, en somme, l'opération d'Alexander a échoué, c'est-à-dire qu'elle n'a pas pu maintenir l'utérus restitué en antéversion.

Dans ces sortes de cas l'utérus reste mobile, mais il n'est pas fixé en bonne position. »

Nous ajoutons le résumé de trois de ces observations tel qu'il a été publié.

OBSERVATION A

Rétroflexion adhérente, publiée par M. Trélat dans sa leçon du 4 juillet 1888.

Marie R..., 27 ans. Un seul accouchement à 23 ans. Douleurs et accidents depuis ce moment. Rétroflexion très adhérente.

Col bas. Longueur à l'hystéromètre, 8 centimètres. Mo-

bilisation et réduction de l'utérus en dix jours. Impossibilité de contenir l'utérus réduit par un pessaire. Le 26 avril double opération d'Alexander, raccourcissement de 13 à 14 centimètres. La malade a été examinée, les 22, 31 mai et le 25 juin. Les ligaments raccourcis ont évidemment un peu cédé; la rétroflexion s'est en partie reproduite, mais l'utérus reste mobile, indolent et en antéverson, dans la station debout. La mobilisation a complètement réussi, la fixation incomplètement. Un pessaire d'Hodge et un pessaire en bateau successivement essayés, n'ont pas réussi.

OBSERVATION B

Rétroversion avec prolapsus. Rectocèle et cystocèle.
Déchirure du périnée.

Marie L..., 25 ans. Trois grossesses. Accidents ébauchés au premier accouchement, nuls au second, accusés après le troisième. Déchirure du périnée, rectocèle, cystocèle. Col bas, et en avant, déchiré, irrégulier.

Rétroversion et rétroflexion; corps fixé par une forte bride en arrière et à gauche. Traitement de la métrite pendant 20 jours. Mobilisation du 7 au 30 avril, où elle est complète. Double Alexander le 3 mai. Raccourcissement de 11 à 12 centimètres. Suivie et revue le 21 juin. Utérus en antéverson régulière. Aucune souffrance. Résultat parfait à tous points de vue.

OBSERVATION C

Rétroversion compliquée de cystocèle.

Aurélié M..., 33 ans. Un seul accouchement à 20 ans, sans suite. Il y a quinze mois, chute à plat ventre. Douleurs immédiates et persistantes, troubles divers. Cystocèle. Col abaissé en avant, ulcéré. Longueur de l'utérus, 82 millimètres.

Rétroversion et rétroflexion maintenue par une bride à gauche, 21 jours de traitement pour la métrite et la mobilisation de l'utérus. Le 10 mai, double opération d'Alexander, 11 et 12 centimètres de raccourcissement. Suivie et revue le 11 juin.

Bon résultat. Utérus en antéversion senti dans le cul-de-sac antérieur. Cul-de-sac postérieur profond et vide.

OBSERVATION I

Communiquée à la Société de Chirurgie, par M. Bouilly. — Rétroflexion incurable de l'utérus. Guérie par l'opération d'Alexander.

Femme âgée de 31 ans, mère de six enfants, bien réglée, mais ses règles étaient abondantes et douloureuses. Au moment de ses époques, cette malade souffrait de violentes douleurs abdominales, irradiées, qui s'exagéraient par les mouvements de la défécation.

L'examen permit de constater : 1° Un petit polype de l'urèthre; 2° une déchirure de la fourchette du vagin; 3° une flexion à angle aigu du corps de l'utérus sur le col; il existait du catarrhe utérin. La rétroflexion se corrigeait par la position genu-pectorale, et pouvait être maintenue réduite par un tampon bien placé. Tant que le tampon restait en place et que la rétroflexion utérine était corrigée, la malade ne souffrait nullement. Les douleurs revenaient dès que cessait la correction qui ne pouvait pas être maintenue longtemps; aucun pessaire ne peut agir efficacement dans ce sens, ni les anneaux, ni ceux d'une autre forme. J'attribue les insuccès des divers pessaires, d'abord à la déchirure de l'entrée du vagin, puis à l'ampleur de la cavité du bassin chez cette femme, puis enfin à la présence de l'ovaire gauche prolabé.

Je me décide à pratiquer à cette malade l'opération d'Alexander; ce qui fut fait le 18 mai 1886. J'incisai sur une longueur de 6 centimètres, la peau, au niveau de l'ori-

fice externe du canal inguinal gauche ; je découvris un cordon rougeâtre au milieu, duquel par dissociation à la sonde cannelée, je pus reconnaître, charger le ligament rond, et finalement l'attirer en dehors. La même chose fut faite du côté droit, mais sans succès, malgré de longues recherches, je ne rencontrai pas le ligament rond. Il s'agit de réduire l'utérus et de fixer le ligament rond de manière à tenir l'organe en bonne place. La main d'un aide fut placée de façon à réduire la rétroflexion utérine ; puis je tirai au dehors le seul ligament rond que j'avais pu isoler, le gauche, je le pelotonnai au fond de la plaie et je le fixai par deux catguts placés en croix.

Un tampon d'iodoforme placé dans le vagin servit à maintenir la réduction pendant les premiers jours. Les suites ne furent pas très simples, à cause d'un phlegmon de la paroi abdominale qui survint au côté droit, au point où j'avais prolongé mes recherches et mes manœuvres opératoires ; cependant la malade guérit et l'effet thérapeutique fut obtenu complètement.

Le 15 janvier 1887, j'ai revu la malade ; elle présente l'état le plus satisfaisant : ses douleurs abdominales ont disparu, ses règles sont moins abondantes et indolores. L'exploration révèle une correction utérine très convenable.

J'ai eu l'occasion d'assister à un certain nombre d'opérations d'Alquie Alexander pratiquées par M. Segond à l'hôpital de la Charité. Voici le résumé de ces quelques faits, dont ce chirurgien se réserve la publication plus détaillée.

OBSERVATION II (inédite)

Femme de 22 ans, atteinte de prolapsus utérin et de cystocèle. Le 31 août 1887, M. Segond pratiqua dans la même séance opératoire, l'élytrorrhaphie antérieure et

l'opération d'Alquie. Douze centimètres des ligaments ronds sont réséqués des deux côtés, et leur bout central est solidement fixé aux piliers de l'anneau inguinal par trois sutures à la soie phéniquée. Réunion par première intention, et résultat immédiat parfait. Revue quatre mois après, l'opérée est sans doute en meilleur état qu'avant l'intervention, la cystocèle n'existe plus, mais le prolapsus tend certainement à se reproduire, et pour éviter une récurrence qui paraît inévitable, M. Segond conseille à la malade l'usage d'un pessaire.

OBSERVATION III (inédite)

Femme de 25 ans, atteinte de prolapsus utérin simple, ne s'accompagnant ni d'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col, ni de cystocèle, ni de rectocèle, ni de déchirure du périnée. Raccourcissement des ligaments ronds pratiqué le 28 septembre 1887. Le ligament droit est réséqué de 12 centimètres ; le gauche de 11 centimètres.

Les deux extrémités centrales sont fixées aux piliers comme dans l'observation précédente, par quatre sutures à la soie phéniquée. Réunion par première intention complète le huitième jour. La malade est revue trois mois après, le prolapsus ne s'est pas reproduit, et le résultat paraît durable.

OBSERVATION IV. (inédite)

Femme de 36 ans, atteinte de rétroflexion réductible.

L'opération fut pratiquée le 12 septembre 1888. Le ligament rond droit se déchire au moment d'être suturé ; le gauche, après excision de douze centimètres, est fixé aux deux piliers inguinaux, et pour assurer la solidité de la fixation, M. Segond a recours à l'artifice suivant : par

une première suture à la soie, le ligament rond est fixé dans l'angle supérieur de l'orifice inguinal, de telle façon que trois ou quatre centimètres de ligament flottent en avant de ce point de suture ; puis deux petits débridements verticaux ayant créé deux petites boutonnières, le long et en dehors du bord libre des piliers, l'extrémité flottante du ligament dont nous parlions plus haut est passée successivement dans ces deux boutonnières, puis ramenée vers son point de départ de manière à former un nœud coulant englobant les deux bords des piliers, nœud dont la fixité est maintenue par deux ou trois fils de soie. Réunion par première intention. Revue trois mois après, la réduction de l'utérus ne s'est pas démentie.

OBSERVATION V (inérite)

Femme de 26 ans atteinte de rétroflexion adhérente. Réduction de l'organe déplacé en plusieurs séances par M. Trélat, suivant sa méthode (voir dans cette thèse, l'article redressement). Opération d'Alquié le 10 août 1888, par M. Segond. Les ligaments ronds sont réséqués des deux côtés dans l'étendue de onze centimètres, et leurs extrémités centrales fixées aux piliers par quatre points de suture à la soie. Réunion par première intention ; pendant trois mois, la guérison paraît se maintenir, mais en décembre les phénomènes douloureux reparaissent, et l'examen de la malade pratiqué le 24 janvier 1889 démontre que la rétroflexion s'est entièrement reproduite.

OBSERVATION VI (inérite)

Femme de 25 ans, atteinte de rétroflexion adhérente, réduction lente de la déviation par M. Trélat. Raccourcissement des ligaments ronds pratiqué le 10 août 1888 par M. Segond. Onze centimètres des ligaments ronds sont réséqués des deux côtés, leurs extrémités internes sont

fixées aux piliers du canal inguinal par quatre points de suture à la soie. Réunion par première intention. L'examen de la malade pratiqué trois mois plus tard, démontre que la déviation s'est en partie reproduite.

OBSERVATION VII (inédite)

Femme de 23 ans, atteinte de rétroflexion adhérente ; le redressement de l'utérus fut fait par M. Trélat. Raccourcissement des ligaments ronds pratiqué par M. Segond le 30 octobre 1888. Les deux ligaments ronds sont réséqués dans l'étendue de douze centimètres, et leurs extrémités internes, fixées aux deux piliers, à l'aide du nœud imaginé par M. Segond (décrit plus haut, voir obs. VI). Réunion par première intention. Résultat immédiat parfait, mais la malade n'a pas été suivie.

OBSERVATION VIII (inédite)

Rétroversion avec prolapsus de l'utérus et rectocèle, col largement fendu transversalement. Opération d'Alexander. Due à l'obligeance de M. le Dr Gérard Marchant, chirurgien des hôpitaux de Paris.

La nommée G. L..., femme Lebœuf, 27 ans, blanchisseuse, entrée à l'hôpital le 3 août 1887. Antécédents héréditaires nuls. Malade pendant son enfance ; n'a marché qu'à 3 ans, réglée à 15 ans, elle voit régulièrement jusqu'à dix-sept ans, quant à la suite d'un refroidissement elle a une bronchite qui l'oblige à garder la chambre six mois ; pendant tout ce temps les menstruations sont supprimées, et cette absence des règles se continue encore deux mois plus tard, à partir de ce moment elle a toussé jusqu'à sa dernière couche.

Mariée à 19 ans elle a eu trois enfants : 1^e GROSSESSE, perte abondante de sang à 5 mois, sans cause appréciable

et sans suite, accouchement normal, l'enfant une fillette vit actuellement, d'apparence robuste, bien qu'elle tousse depuis sa naissance ; 2^e GROSSESSE, perte à sept mois, accouchement avant terme (à 8 mois) sous le chloroforme, sans forceps, l'enfant est mort après deux jours ; 3^e GROSSESSE à 24 ans, accouchement normal à la maternité de Tenon, enfant très bien portant ne toussant pas. Depuis sa dernière couche elle a toujours souffert du ventre ; il y a deux mois qu'elle a été soignée chez elle, pour une poussée aiguë de métrite et périmétrite du côté droit (cataplasme).

A l'examen de la malade on constate, par la palpation de l'abdomen un peu d'empâtement à gauche, la pression est douloureuse. Par le toucher vaginal, le doigt rencontre le col de l'utérus immédiatement en arrière et à gauche de la symphyse pubienne, les culs-de-sac latéraux et antérieur sont libres, sans empâtement ni noyaux douloureux, mais dans le cul-de-sac postérieur, on sent le corps de la matrice, qui se continue directement avec le col, sans angle de flexion ; le doigt introduit profondément en arrière et à droite arrive jusque sur le fond de la matrice ; l'utérus est mobile, gros et ferme, le collargement fendu ; Rectocèle constatée à la vue, et par le toucher rectal. L'examen au spéculum confirme les données fournies par le toucher ; en outre on constate que le col est attiré à gauche par une cicatrice fibreuse ; les lèvres du col retroussées laissant voir la muqueuse cervicale, qui n'est ni ulcérée ni granuleuse ; une abondante sécrétion baigne le col.

Traitée depuis le 22 juin 1887 à la consultation externe du spéculum par des badigeonnages de teinture d'iode et des tampons vaginaux, pas de résultat.

Dans ce cas de rétroversion douloureuse avec rectocèle, leucorrhée abondante, l'utérus mobile, et surtout en présence des souffrances continues qui rendent la marche

presque impossible, l'opération d'Alquie Alexander était tout indiquée : elle fut faite le 12 août 1887.

OPÉRATION. — La recherche des ligaments ronds fut commencée par celui de droite : découverte facile, sous la boule graisseuse signalée dans la région ; passage d'un fil de catgut à travers le ligament au point où il est fixé à l'orifice du canal inguinal, après traction sur le cordon et redressement de l'utérus par les doigts d'un aide introduits dans le vagin. Celle du ligament rond de gauche fut faite par les mêmes manœuvres et avec la même facilité : suture des ligaments aux piliers du canal inguinal, pelotonnement de leur portion libre après mobilisation et raccourcissement : suture des plaies abdominales, de petits tubes à drainage sont laissés dans l'angle inférieur de la plaie, puis pansement compressif. Au bout de sept jours le pansement est refait, les tubes sont enlevés, la cicatrisation des plaies est presque complète. Le 7 septembre, nouveau pansement, les plaies sont complètement guéries.

Je revois la malade tous les cinq ou six mois ; au point de vue fonctionnel, elle est soulagée sinon guérie puisqu'elle peut travailler sans arrêt (ce qu'elle ne pouvait faire avant l'opération). Localement la rétroversion existe encore, mais très diminuée.

REMARQUE. — Peut-être que si M. Marchant avait fait suivre l'Alexander de l'élytrorrhaphie postérieure, la guérison locale serait complète en effet, avec un rectocèle le raccourcissement seul des ligaments ronds ne suffit pas, il faut ajouter le renforcement du périnée, par une opération autoplastique, variable pour chaque cas. M. G. Marchant ayant lu notre remarque, nous fit savoir qu'il avait décidé avec la malade, que si la douleur ou la gêne réapparaissait, elle rentrerait dans le service de M. Trélat,

pour subir une nouvelle opération nécessitée par la cir-
constance.

OBSERVATION IX

Publiée par Skene Keith en *Edimb. Méd. Journal* de 1886.
Rétroversion douloureuse, échec d'Alexander.
Hystéropexie.

Rétroversion de l'utérus très marquée, douloureuse, accompagnée de sensation d'un corps pesant dans le bassin et de dyspepsie. On fit d'abord la dilatation du col et le curage de l'utérus; ensuite la cautérisation de la cavité du corps de la matrice avec l'acide nitrique; aucun résultat. Une grossesse intercurrente survient; trois mois après l'accouchement la rétroversion se reproduit; les pessaires restent sans action.

Pour avoir la certitude que les phénomènes observés sont dus à la rétroversion, on remplit le vagin avec de l'étoffe de manière à donner à la matrice une position plus correcte; aussitôt que le fond est maintenu relevé, la malade se trouve bien. Cette expérience fut répétée à plusieurs reprises avec le même résultat. L'opération d'Alexander est regardée comme parfaitement indiquée, les deux ligaments sont facilement découverts, mobilisés et raccourcis, après redressement de l'utérus avec la main. Les suites opératoires furent bonnes, la guérison eut lieu par première intention. Tout alla bien pendant deux mois, mais après la douzième semaine, l'utérus se trouva de nouveau déplacé, la rétroversion s'était reproduite, amenant avec elle les douleurs qui réapparaissaient aussi intenses; les pessaires essayés de nouveau restèrent sans résultat, l'utérus tomba en arrière malgré la présence de l'instrument mécanique.

Dans ces conditions, je me décidai à extirper les deux ovaires, et à fixer les deux moignons obtenus, l'un à droite

et l'autre à gauche aux lèvres de la plaie abdominale. Aujourd'hui, un an après que la malade a subi cette opération, l'utérus se trouve fixé solidement à la paroi, et la femme est guérie.

OBSERVATION X

Rétroflexion adhérente, douloureuse, compliquée de salpingite. Hystéropexie (appartenant à M. Picqué, tirée de son travail sur les déviations postérieures).

Il s'agit d'une malade de 32 ans, entrée le 2 août 1888 à l'hôpital temporaire Pascal, salle A, n° 2. Deux enfants, le dernier il y a 9 ans. Depuis 6 ans, douleurs survenant au moment de la marche, qu'elles rendent de plus en plus pénible. Il y a 4 ans, poussée aiguë au moment des règles; la malade garde le lit 3 semaines. Depuis lors les douleurs continuent et s'aggravent. Un pessaire est en vain appliqué en 1887 puis en 1888.

Au toucher on constate l'intégrité du col: la palpation bimanuelle permet de sentir et de limiter le fond de l'utérus en rétroflexion à angle très aigu. On trouve à l'hystéromètre 7 cent. $1/2$. L'examen de la région des annexes ne révèle rien d'anormal. On essaie de réduire l'utérus en plaçant la malade dans la position gèno-pectorale et en exerçant des pressions directes; on provoque de la douleur sans réduire la déviation. M. Picqué pensa d'abord faire le redressement et fixer l'utérus réduit à l'aide de l'opération d'Alquié Alexander, mais il a été forcé de modifier ce plan.

La dilatation avec des bougies d'Hégar permit d'introduire immédiatement le redresseur de M. Trélat, le mouvement de circumduction nécessaire pour redresser l'utérus était pénible; les premières séances se firent d'abord tous les deux jours, mais la sensibilité s'exagérant, elles n'eurent plus lieu que tous les 3 jours. Durant les 15 pre-

miers jours, les progrès furent lents, mais sensibles; au bout de ce temps ils s'accrochèrent davantage, et après trois semaines le redressement était très notable, mais le fond de l'utérus plus douloureux que par le passé restait rétrofléchi; dès lors les progrès sont restés presque stationnaires.

Les précautions les plus minutieuses de l'antisepsie avaient été observées, et la malade était restée constamment apyrétique; antisepsie vaginale, injections intra-utérines, tampon de coton iodoformé sur le col entre les séances, toutes les précautions ont été observées; pendant les manœuvres, le col était maintenu à la vulve à l'aide d'une pince de Museux; l'abaissement se faisait très facilement et n'était pas douloureux.

Dans les premiers jours de septembre la température qui était restée constamment normale, monta à 38° le soir. Le lendemain les manœuvres devenant douloureuses, les séances furent suspendues, et la température tomba aussitôt. Sur ces entrefaites la malade quitta l'hôpital et resta trois jours dehors, le 11 septembre elle rentra de nouveau dans la salle, souffrante et traînant la jambe, ce qu'elle ne faisait pas avant.

Réexaminée nous constatons que l'utérus est revenu à son ancienne position; le fond est très douloureux; de plus on trouve dans le cul-de-sac latéral gauche un empâtement formé par la trompe dilatée et douloureuse, ainsi que le démontrait les touchers rectal et vaginal combinés. Dans ces conditions, je me décidai à abandonner les tentatives de redressement; le retour rapide de la position vicieuse me fit admettre une tendance considérable à la rétraction des adhérences distendues, mais non détachées; le raccourcissement des ligaments ronds ne pouvait guère fournir dans ces conditions un soutien suffisant à l'utérus. Je me décidai en conséquence à pratiquer la ventro-fixation, qui me permettait de détacher les adhérences et d'examiner la

trompe gauche. L'opération fut pratiquée le 29 septembre 1888 ; jusqu'à ce moment je me bornai à pratiquer des injections intra-utérines avec une solution phéniquée à 10/0 et à rendre le vagin parfaitement aseptique à l'aide des tampons iodoformés.

J'ai fait sur la ligne médiane une incision de 6 à 7 centimètres, par laquelle j'ai constaté que l'utérus est maintenu par trois ordres de fausses membranes : 1° filamenteuses en réseau, et faciles à rompre ; 2° filamenteuses et résistantes ; 3° membraneuses, reliant intimement les deux parties correspondantes de l'utérus et du rectum. Après mobilisation de la matrice, je procédai à l'examen des annexes : la trompe droite était saine, je la laissai en place. La trompe gauche était grosse et dilatée dans toute son étendue ; je l'attirai à l'extérieur avec l'ovaire : le pédicule fut lié aussi près que possible de l'utérus à l'aide d'un fil de soie double ; la trompe et l'ovaire correspondants furent réséqués ; le pédicule cautérisé au thermo-cautère, puis touché avec la solution phéniquée forte, est réintégré dans la cavité abdominale. L'utérus fut fixé à la paroi abdominale par son fond à l'aide de cinq fils : 3 à gauche et 2 à droite, comprenant les ligaments ronds, larges et la paroi abdominale. Après avoir posé tous les fils, je remis l'utérus en position normale, dans laquelle il a été maintenu pendant les sutures. Les fils liés, la cavité péritonéale fut lavée à grande eau, je plaçai dans le cul-de-sac de Douglas un sac de gaze iodoformée, et fermai la plaie abdominale, à l'aide de fils de soie comprenant toute l'épaisseur de la paroi, espacés d'un centimètre l'un de l'autre.

Suites simples ; quelques vomissements le premier jour. Des lanières de gaze iodoformée sont retirées le 2^{me} jour ; le sac, le quatrième ; les points de sutures enlevés le huitième. Le 17 octobre la malade est guérie, mais ne se lève pas encore, l'utérus est placé en antéversion.

OBSERVATION XI (inédite)

Rétroflexion adhérente de l'utérus, métrorrhagies rebelles, douleur persistante. Hystéropexie ; guérison opératoire (communiquée par M. le D^r Picqué, chirurgien des hôpitaux de Paris).

Madame Marie C..., 42 ans, femme de ménage, entrée le 1^{er} décembre 1888 à l'hôpital Pascal, salle A. n° 5. Antécédents : Réglée pour la première fois à 20 ans, jusqu'à l'âge de 21 ans, la menstruation a toujours été irrégulière : la malade avait des retards de deux à trois mois. Depuis les époques sont devenues régulières et persistèrent jusqu'à l'âge de 31 ans, où elle se maria, après son mariage les règles redeviennent irrégulières, et la malade perd continuellement, depuis cinq à six mois surtout elle voit trois semaines chaque fois. Leucorrhée abondante.

Grossesse normale à 31 ans, accouchement facile, se lève sept jours après. Pas de fausses couches, après la grossesse, la malade commença à souffrir du ventre ; les douleurs s'irradiaient dans la région lombaire et inguinale ; s'exagérant par la marche et les fatigues. Depuis constipation habituelle et mictions fréquentes.

A l'examen bimanuel on trouve l'utérus en rétroflexion, immobilisé dans le cul-de-sac de Douglas, et irréductible, même dans la position génu-pectorale. La pression est fort douloureuse. Il n'existe aucune lésion des annexes. Le col est un peu gros ; l'orifice est transversalement déchiré ; il n'existe que des signes peu accentués d'endométrite. L'hystéromètre donne 8 centimètres. Les troubles fonctionnels semblent hors de proportion avec le degré des lésions utérines, et par conséquent plus en rapport avec le renversement de l'organe en arrière. Je me décidai malgré l'existence de métrorrhagies à pratiquer d'emblée l'hystéropexie.

L'opération proposée à la malade et acceptée par elle, est pratiquée le 10 décembre 1888. J'ai suivi le manuel opératoire que j'ai indiqué dans un autre travail et sur lequel je n'ai pas à revenir ici. Je rappellerai toutefois que contrairement à la pratique que j'ai suivie dans ma première opération, je me contentai d'une petite incision sur la ligne médiane de 2 centimètres et demi à 3 centimètres environ. La rupture des adhérences fut particulièrement difficile, il existait sur le fond de l'utérus des adhérences filamenteuses, solides, mais très vasculaires qui donnèrent au moment de la rupture une quantité notable de sang. Au fond du cul-de-sac de Douglas j'ai trouvé comme chez ma première malade une large adhérence membraneuse, que je ne pus déchirer qu'avec effort. Le reste de l'opération se fit facilement. Je tiens à noter qu'au lieu d'employer un fil de soie comme chez ma première opérée, j'eus recours au gros catgut selon la pratique de M. Terrier, et que j'appliquai suivant le procédé que j'ai décrit.

La cavité abdominale est lavée avec de l'eau bouillie, et la plaie fermée par un seul point de suture. Les suites opératoires ont été normales, il n'y eut ni élévation de température, ni douleur, ni vomissements. Le fil est enlevé au cinquième jour. La malade sort le 13 janvier. Au moment de sa sortie, je constate que l'utérus a repris en partie sa position vicieuse. Le résultat orthopédique a fait défaut. Peut-être faut-il incriminer l'insuffisance du catgut et aussi l'indocilité de la malade qui s'est levée le sixième jour sans autorisation. Il est évident que les malades doivent après cette opération rester un long temps au lit, environ 5 à 6 semaines.

Je tiens toutefois à noter que l'opération a eu dans ce cas particulier l'avantage de rendre réductible une déviation adhérente, et ce résultat a bien son importance puisque, malgré ces inconvénients, l'emploi du pessaire auparavant impossible est devenue supportable pour la malade. Mais

il y a plus, les accidents éprouvés par la patiente ont complètement disparu.

J'ai revu la malade en février; les métrorrhagies, si persistantes autrefois, n'ont pas reparu, les douleurs ont cessé.

Il est certain que la disparition des accidents éprouvés par la malade suffit à prouver qu'ils étaient bien sous la dépendance de la déviation. Dès lors la rupture des adhérences, possible seulement par la laparotomie, a fourni par elle-même un résultat qu'aucun autre procédé n'aurait été en mesure de donner à la malade.

OBSERVATION XII (inédite)

Rétroflexion adhérente. Hystéropexie (due à M. Picqué).

La nommée S. Henriette, 36 ans, blanchisseuse, entrée le 18 décembre 1888 à l'hôpital Pascal, salle A, n° 16.

Antécédents. — La malade a été réglée pour la 1^{re} fois à 14 ans. Elle n'a jamais eu de grossesse, depuis 2 ans seulement la menstruation est devenue irrégulière, et il est survenu de véritables métrorrhagies dans la période intermenstruelle; le mois dernier la malade a eu 3 pertes environ 3 ou 4 jours, la dernière a duré 8 jours. En même temps que l'apparition des métrorrhagies, la malade commença à ressentir des douleurs hypogastriques assez vives, se calmant par le repos, mais réapparaissant à la moindre fatigue. Au mois d'août elle consulta à l'hôpital Saint-Antoine, où l'on institua le traitement de la métrite par applications externes; au bout d'un certain temps la malade n'éprouvant aucun soulagement entra à la Pitié où on la soigna de nouveau par les tampons glycerinés sans résultat. Elle se décida à entrer à Pascal.

Actuellement la malade éprouve à l'hypogastre des douleurs aiguës et lancinantes qui s'irradient jusqu'au creux épigastrique, et s'exagèrent dans la station verticale; ces

douleurs s'accompagnent de leucorrhée, qui a diminué un peu depuis le mois d'août. La patiente a de fréquents besoin d'uriner (elle urine environ 20 fois par jour, et chaque miction s'accompagne d'une sensation de brûlure particulièrement vive) l'urine est limpide, elle ne contient ni pus, ni albumine, ni sucre. Il n'existe aucun trouble de la défécation.

Par le toucher bimanuel on constate une flexion prononcée de l'utérus, le fond est situé dans le cul-de-sac de Douglas, on ne peut le mobiliser, ni par l'attitude, ni par la pression directe; à gauche, dans le cul-de-sac latéral, on perçoit une légère tuméfaction qui se présente sous la forme d'une tumeur allongée, bosselée et douloureuse à la pression. Rien à noter du côté du col de l'utérus.

L'hystéromètre donne 7 centimètres $1/2$. Les troubles subjectifs ressentis par la malade, les métrorrhagies, dépendent comme précédemment de l'attitude reconnue de l'utérus, je me décidai à pratiquer d'emblée l'hystéropexie que je fis le 24 décembre.

Même manuel opératoire que pour la seconde observation. J'ai retrouvé dans ce cas les adhérences filamenteuses et membraneuses, difficiles à rompre; l'utérus une fois mobilisé je le fixai à l'aide du catgut à la paroi abdominale, j'explorai les trompes, la gauche me parut un peu noueuse et rouge à sa surface, mais je ne crus pas devoir en faire l'ablation. La plaie abdominale fut refermée comme à l'ordinaire.

Dans ce cas il y eut une légère infection de la plaie qui m'obligea le quatrième jour à enlever le point de suture et à désunir les lèvres de la plaie. La température qui s'était élevée à 38° tomba rapidement à la normale. Ce petit incident n'eut aucune suite fâcheuse, du côté de la suture utérine.

Le 31 janvier. — La plaie est presque entièrement cicatrisée : l'utérus a gardé la position donnée derrière la

paroi abdominale. Le 20 février, la malade est encore au lit ; j'ai tenu à l'astreindre à un séjour prolongé dans le décubitus horizontal pour assurer le succès orthopédique de l'opération. L'état général est excellent ; elle doit prochainement quitter le service.

Le 24 mars la malade est revue. L'utérus est en bonne position.

OBSERVATION XIII (inédite)

Rétroflexion adhérente avec prolapsus de l'utérus et cystocèle. Déchirure du col et ectropion prononcé de la muqueuse. Hystéropexie (Due à M. Picqué).

M^{me} D..., 28 ans, commerçante. Réglée à 14 ans, voit régulièrement. A 25 ans, grossesse terminée simplement ; s'étant levée le deuxième jour après l'accouchement, eut depuis de la dysménorrhée, caractérisée par des douleurs vives au moment des époques. L'écoulement sanguin est un peu plus abondant que normalement. Leucorrhée durant la période intermenstruelle. Depuis 2 ans, cette malade reçoit les soins du docteur Kuhff, qui a constaté l'existence d'une endométrite avec léger prolapsus utérin, et la traite par des scarifications et l'application d'un pessaire.

État actuel. — A l'examen nous constatons l'existence d'une rétroflexion adhérente très prononcée ; l'utérus est volumineux, son fond occupe le cul-de-sac de Douglas, d'où on ne parvient pas à le déplacer en pressant avec les doigts : d'ailleurs, cette manœuvre est douloureuse. L'hystéromètre donne dix centimètres et demi. Le col se trouve près de la vulve ; il est gros et présente une déchirure notable à gauche avec ectropion marqué de la muqueuse. La malade se plaint de douleurs lombaires qui s'irradient vers la région inguinale et crurale, et d'une constipation opiniâtre qui ne cède que difficilement à l'emploi des laxa-

tifs. Les douleurs sont telles que la malade est prête à toute intervention.

Le 25 décembre 1888, je pratique le curettage de l'utérus et l'amputation du col selon le procédé de Schröder.

Pour combattre le prolapsus et corriger la cystocèle, je pratique dans la même séance une colporrhaphie antérieure, par le procédé ovalaire.

L'enclavement de l'utérus dans le cul-de-sac de Douglas, par des adhérences non susceptibles à vaincre à l'aide des instruments, me fit recourir à l'hystéropexie, qui fut faite comme dans les autres cas. J'ai trouvé de larges adhérences membraneuses qui n'ont cédé qu'avec difficulté aux tractions directes exercées sur elles. Les sutures, je les fis au catgut et je n'appliquai qu'un seul point à la soie sur la paroi abdominale. Les suites opératoires ont été des plus simples. La réunion immédiate a été obtenue, sauf à l'angle inférieur de la plaie qui a donné lieu à une suppuration peu abondante pendant une semaine environ. J'ai exigé de la malade un repos prolongé au lit pendant deux mois.

Actuellement, 15 mars 1889, j'ai examiné à nouveau la malade qui a repris depuis quelque temps ses occupations. Les douleurs et la constipation ont complètement disparu, les règles ont réapparu normales et modérées, il n'existe plus de leucorrhée, l'utérus est indolore. Le point de fixation utérin s'est un peu étendu; mais la matrice est en bonne situation.

OBSERVATION XIV (inédite)

Rétroversion de l'utérus adhérente.

Endométrite. Due à M. Boudron, interne à l'hôpital Pascal et appartenant à M. Picqué.

Dame M. C..., âgée de 38 ans, mécanicienne. La malade a subi le 15 janvier 1888 le curettage de l'utérus

pour une endométrite. Le 12 février on lui fait une injection intra-utérine au perchlorure de fer.

L'état ne s'améliorant pas, les douleurs et surtout les métrorrhagies persistant, on fait le 24 février un nouvel examen des organes génitaux sous le chloroforme. On constate une rétroversion adhérente de l'utérus et de l'ectropion des deux lèvres du col, surtout accusé à la lèvre antérieure. Hystéromètre, 8 centimètres.

Le 26 février. — On fait à la malade, successivement l'amputation du col et l'hystéropexie. Incision abdominale de 4 centimètres et sur la ligne médiane, à égale distance du pubis et de l'ombilic. L'utérus facilement libéré de ses adhérences, est fixé à la plaie abdominale, ou mieux à la moitié inférieure de la plaie; par sept points à la soie, dont six latéraux, et un dans l'angle inférieur de l'incision. La plaie abdominale est elle-même fermée par trois points profonds et cinq superficiels. Durée de l'opération vingt minutes.

Pansement iodoformé.

Le soir la malade a 37°,8. Elle est sondée.

27 février. — T. M. 37°. T. S, 37°,4. La malade se plaint de tiraillements légers à l'hypogastre; on la sonde deux fois.

28 février. — La patiente urine seule.

2 mars. — La température qui jusqu'à ce jour a oscillé autour de 37°,2, s'élève le soir à 38°,2. Plus de douleur, on a à peine une légère sensation de pesanteur à l'hypogastre.

3 mars. — On défait le pansement. Réunion parfaite, les points de suture profonds sont enlevés.

5 mars. — Deuxième pansement, les fils superficiels sont retirés, la réunion est complète. Au niveau des points de suture droit, la pression détermine un peu de douleur.

6 mars. — Phénomènes de cystite, mictions fréquen-

tes, toutes les demi-heures, douloureuses, surtout pendant l'émission des dernières gouttes d'urine, celle-ci est trouble et contient une assez grande quantité de pus. Lavage de la vessie avec la solution boriquée tiède.

7 mars. — Même état, mictions fréquentes, douloureuses, et peu abondants. Lavage vésicale; Santal quatre capsules.

9 mars. — Amélioration, la malade urine toutes les deux heures, urines légèrement purulentes. Les phénomènes de cystite vont en diminuant les jours suivants.

17 mars. — Rein droit douloureux à la pression, il paraît légèrement augmenté de volume (ballotement). Six ventouses scarifiées à la région lombaire, potion avec deux grammes borate de soude.

18 mars. — Rein moins douloureux, cystite presque disparue, peu de pus dans les urines.

Actuellement, 21 mars, les métrorrhagies ont complètement disparu. L'utérus est resté parfaitement fixe à la paroi abdominale. Il persiste un peu de cystite, et un léger degré de pyélo-néphrite.

Je tiens à faire remarquer que c'est le premier cas où nous ayons rencontré des accidents de cystite; mais contrairement à l'opinion de ceux qui veulent y voir un effet de la compression, je pense qu'il s'agit d'une infection par une sonde. La pyélo-néphrite qui, chez notre malade accompagne la cystite m'autorise à admettre cette manière de voir.

Noms des auteurs.	Nature de l'adfection.	Age.	Indications opératoires.	Date de l'opération.	Nature de l'intervention.	Accidents pendant l'opération.	Accidents après l'opération.	Date de sortie.	État de l'utérus à la sortie.	Situation de l'utérus à la date à laquelle on a revu la malade.	Grossesse.	Particularités.
Alexander de Liverpool.	Rétroflexion excessive.	30	Troubles menstruels, attaques épileptiques au moment des règles.	47 septem- bre 1881	Raccourcis- sement des li- gaments ronds.	Un seul liga- ment a pu être saisi.	Guérison ré- gulière.	30 juin 1882	Rétroflexion guérie, les troubles menstruels ont cessé, les attaques épileptiques continuent.	(Novembre 1883) l'utérus est en bonne position, même état général qu'à la sortie.	Néant.	Néant.
Idem	Rétroflexion simple.	24	Épileptique, les attaques coïn- cident avec les ré- gles, ligature de l'artère vertébrale droite, suivie de celle de gauche après 13 jours, sans résultat.	16 mars 1882.	Alexander.	Raccourcis- sement facile des deux côtés.	Cinq accès épileptiques lé- gers depuis l'o- pération.	40 avril 1882	Utérus en bonne position.	Revue plusieurs fois, même situa- tion de l'utérus, les accès épileptiques ont disparu, en- plus elle est deve- nue enceinte.	Le 2 août 1883, elle accoucha à terme et l'utérus s'est main- tenu en si- tuation nor- male après l'accouche- ment.	Néant.
Idem	Rétroflexion et rétroflexion.	49	Catarrhe et dou- leurs vives.	9 septem- bre 1882.	Alexander.	On éprouva de la difficulté à trouver, et surtout à isoler les ligaments, à cause de l'énorme quantité de graisse qui les entourait.	Après opéra- tion douleurs, cicatrisation plus lente, on avait employé de la soie pour les sutures.		L'utérus est en posi- tion nor- male.	Non revue de- puis la sortie.		
Idem	Rétroflexion adhérente.	32	Contre indica- tion de l'emploi des pessaires, ca- tarrhe abondant.	2 septem- bre 1882.	Alexander.	Le ligament gan- ché seul est mobi- lisé et attiré, le droit résiste à tout effort, en vain on incise le pilier ex- terne, il casserait plutôt que de cé- der.	Guérison au bout de trois semaines, tous les symptômes pelviens persis- tent.		L'utérus en bonne position.	Non revue.		
Idem	Rétroflexion an- cienne.		Inaction absolue des pessaires, né- vralgie ovarique et hystérique.		Alexander.	Les ligaments ont été trop rac- courcis.	Agitation ex- trême, elle saute de son lit et se jette en bas de son escalier.		Utérus la rétroversion en anté- version, échec quant au prolapsus névral- gic et hystérie.	Succès quant à la rétroversion (novembre 1883) échec quant au prolapsus névral- gic et hystérie.		

Noms des auteurs.	Nature de l'affection.	Age.	Indications opératoires.	Date de l'opération.	Nature de l'intervention.	Accidents pendant l'opération.	Accidents après l'opération.	Date de sortie.	État de l'utérus à la sortie.	Situation de l'utérus à la date de laquelle on a revu la malade.	Grossesse.	Particularités.
Idem	Rétroversion.	26	Troubles menstruels, douleurs, dyspepsie, stérilité.	1882	Alexander	Nuls.	Guérison régulière.		Utérus en bonne position.	Deux ans après l'opération, la stérilité persiste, règles peu abondantes, les autres symptômes ont disparu.		
Idem	Rétroversion et réflexion.	24	Dysménorrhée et endométrite, pessaires sans résultat.	21 mars 1883	Alexander	Nuls.	Guérison régulière.		Utérus en bonne position.	(Le 29 mai) l'utérus est à sa place normale.		
Idem	Rétroversion.	47	Incontinence d'urine leucorrhée abondante, échec des traitements généraux.	3 janvier 1883	Alexander	Nuls.	Vomissements, fièvre pendant trois jours.			Part après quelques semaines, bien guérie, n'a pas été revue depuis.		
Idem	Rétroversion avec prolapsus.	26	Douleurs.	13 décembre 1882	Alexander	Nuls.	Guérison régulière.			En janvier 1883, plaies cicatrisées, utérus en bonne position.		
Idem	Rétroversion et réflexion.	38	Symptômes utérins avec accès de défaillance, traitement sans résultat.	4 juillet	Alexander	Nuls.	Le lendemain la flexion s'est reproduite.			Pessaires sans résultat. Devenue épileptique par la suite.		
Idem	Rétroversion avec abaissement.	39	Douleurs rénales, leucorrhée, vomissements.	21 août 1883	Alexander	Nuls.	Guérison régulière.			Revue en 1884 et mai 1885. Utérus un peu descendu, mais pas assez pour réclamer un pessaire.		
Idem	Rétroflexion avec prolapsus.	28	Ovarite, échec des pessaires, devvenus insupportables à cause de la douleur endométrite.	10 octobre 1883	Alexander.	Nuls.			Utérus remis en place.	Revue en 1885, elle ne souffre plus.		
Idem	Rétroversion avec prolapsus.	20	Douleurs rénales, leucorrhée de vieille date.	21 septembre	Alexander	Nuls.	Guérison régulière.	9 octobre.	Utérus en bonne position.			

Noms des auteurs.	Nature de l'affection.	Age.	Indications opératoires.	Date de l'opération.	Nature de l'intervention.	Accidents pendant l'opération.	Accidents après l'opération.	Date de sortie.	État de l'utérus à la sortie.	Situation de l'utérus à la date à laquelle on a revu la malade.	Grossesse.	Particularités.
Idem	Rétroversion complète.	22	Vessie irritable, catarrhe de la vessie, haleine mauvaise, pessaire de Hodge devenu insupportable après 45 jours.	28 novembre 1883	Alexander.	Ligaments minces, mais solides.	La plaie du côté gauche s'ouvrit au cours de la seconde semaine.			Revue le 14 février 1884, les symptômes vésicaux ont disparu, l'utérus est en place.		Le pessaire fut maintenu pendant trois mois.
Idem	Rétroversion avec prolapsus.	26	Utérus douloureux au toucher, ovaralgie, tendance à l'ypeménorrhée, pessaires et dilatation du col sans résultat.	6 septembre 1883	Alexander.	Nuls.				Le 20 février 1884 l'utérus est en parfait état.		Pessaire de Hodge et tige intra-utérine la tige fut enlevée après 15 jours, mais le pessaire resta en place trois semaines.
Campbell.	Rétroversion et prolapsus.	36	Asthme revenant avec les règles. La malade tolérablement les pessaires et finit par les enlever.	5 décembre.	Alexander.	Le ligament gauche est plus épais que le droit, réséqué d'un pouce et demi.	Le deuxième jour on rétablit les sutures.		L'utérus est bien remplacé.	Après un mois la matrice se maintient dans la même position. Non revue depuis.		Les règles sont survenues, moins l'asthme.
Idem	Flexion et rétroversion avec léger prolapsus.	50	Pessaire sans résultat.		Alexander.	Difficulté très grande pour traverser l'extrémité des ligaments, réséqués d'un pouce et 1/2.			Bonne position de l'organe.	Révue deux fois depuis, la situation de l'utérus persiste.		
Reid.	Rétroflexion avec hypertrophie de l'utérus, et ovaires gauches prolapsés.	33	Un enfant, douloureux lombaires, ovaralgie, difficulté à la marche, dysménorrhée, mictions fréquentes datant depuis 40 ans.	1 ^{er} novembre 1883.	Alexander.	Difficulté à découvrir les ligaments.				9 mois plus tard, amélioration, marche facile, mais les douleurs rénales persistent.		L'utérus est en core gros, catarrhe et ulcération du col.

Noms des auteurs.	Nature de l'affection.	Age.	Indications opératoires.	Date de l'opération.	Nature de l'intervention.	Accidents pendant l'opération.	Accidents après l'opération.	Date de sortie.	État de l'utérus à la sortie.	Situation de l'utérus à la date à laquelle on a revu la malade.	Grossesse.	Particularités.
Idem	Rétroversion avec hypertrophie de l'utérus.	31	Douleurs lombaires, dysménorrhée accompagnée de céphalalgie, délire et nécessité de s'aliter. Traitement sans résultat.	3 novembre 1883.	Alexander.		Suppuration des deux plaques.	6 semaines après.	L'utérus en position normale.	Revue trois mois après, l'utérus a tendance à devenir antifléchi.		Les troubles de la marche et de la défécation ont complètement disparu; la malade de son propre mouvement a conservé un pes-saire pendant 3 mois.
Elder de Nottingham	Rétroflexion avec prolapse et légère déchirure du périnée.	36	Incontinence d'urine en toute situation. Traitement varié sans résultat.	15 mars.	Alexander.	Les deux ligaments sont raccourcis d'un pouce et demi.	Guérison régulière.	15 avril.		Revue le 22 juin, l'utérus est en bonne position.		La femme est guérie de ses infirmités passées. Un pes-saire a été maintenu.
Gardner.	Rétroflexion.		Douleurs, accouchée depuis six semaines.	29 octobre 1883.	Alexander.	Les ligaments sont réséqués au niveau de l'anneau inguinal.	Guérison régulière.			Le 15 janvier 1884, l'utérus en bonne position.		La malade va très bien, elle a porté un pes-saire jusqu'au 15 décembre.

Noms de l'auteur.	Nature de l'affection.	Age.	Indications opératoires.	Date de l'opération.	Nature de l'intervention.	Accidents pendant l'opération.	Accidents après l'opération.	Date de sortie.	État de l'utérus à la sortie.	Situation de l'utérus à la date de laquelle on a revu la malade.	Grossesse.	Particularités.
Idem	Rétroflexion avec déchirure du périnée.		Impossibilité de marcher.	9 mars 1883	Alexander suivi de périméorraphie.		Guérison régulière.			Utérus en bonne position. 1884, novembre.	Elle a été en ceinte depuis l'opération, deux fois : est arrivée à terme une fois, à l'autre, et est enceinte pour la troisième.	Elle a été en ceinte depuis l'opération, deux fois : est arrivée à terme une fois, à l'autre, et est enceinte pour la troisième.
Idem	Rétroflexion avec déchirure du périnée.		Douleurs, contipation.	21 mai 1883.	Alexander et périméorraphie.	Les ligaments ont été réséqués de 3 pouces.	Guérison régulière.	4 juin.	Utérus en place.	Mars 1884, la guérison s'est maintenue.		
Idem	Rétroflexion avec déchirure du périnée.		Douleurs, troubles menstruels.	26 septembre 1883.	Alexander et périméorraphie.	Les ligaments furent noués ensemble au devant du mont de Vénus.	Guérison régulière.			15 juin 1885, l'utérus se trouve en place.	Au mois de mai elle avait accouché normalement.	
Idem	Rétroflexion avec prolapsus et déchirure complète du périnée.		Douleurs, incontinence d'urine.	19 mars 1884.	Emmet, Alexander, périméorraphie.					Novembre 1888, l'utérus se maintient réduit.	Depuis 1884 jusqu'en 1888, elle a accouché 3 fois, et a eu une grossesse double.	La malade est complètement rétablie.
Idem	Rétroflexion, prolapsus et déchirure complète du périnée.		Douleurs et gêne de la marche.	30 mars 1883.	Alexander périméorraphie.		Guérison régulière.			Revue le 18 mars 1884. L'utérus se trouve en position normale.		

Noms de l'auteur	Nature de l'affection	Age	Indications opératoires	Date de l'opération	Nature de l'intervention	Accidents pendant l'opération	Accidents après l'opération	Date de sortie	État de l'utérus à la sortie	Situation de l'utérus à la date de laquelle on a revu la malade.	Grossesse.	Particularités.
Idem	Rétroflexion avec prolapsus des deux ovaires.		Douleurs violentes.	26 octobre 1883.	Alexander.		Généralisation ré-gulière.			Le 3 juin 1884, la matrice est en bonne situation.		Les douleurs violentes d'autrefois ont complètement disparu.
Idem	Rétroflexion avec prolapsus d'un seul ovaire.		Troubles menstruels et douleurs continues.	17 janvier 1884.	Alexander.					Le 14 février 1888, l'utérus se trouve dans la même situation.		Perdue de vue.
Idem	Rétroflexion avec prolapsus d'un ovaire.		Douleurs, échec des pessaires.	29 avril 1884.	Alexander.		Généralisation ré-gulière.			Revue deux ans après en 1886, l'utérus se maintient en bonne position.		Elle ne souffre plus.
Idem	Rétroflexion, prolapsus de deux ovaires.		Traitement varié sans résultats.	13 juillet 1884.	Alexander.					Après un an la matrice se trouve encore en situation normale.		
Idem	Rétroflexion des deux ovaires prolapsés.		Douleurs, échec des pessaires.	14 octobre 1884.	Alexander.		Cinq jours après l'opération violentes accès hystériques avec épistotones.		L'utérus est en bonne position.	Revue 1885, l'utérus est retombé en rétroversion.		Elle ne souffre plus, mais la rétro-déviation persiste.
Idem	Rétroflexion avec prolapsus des deux ovaires.		Pessaires douloureux.	6 janvier 1885.	Alexander.		Généralisation ré-gulière.			Un mois plus tard l'utérus est en bonne position, le 25 juillet 1886, même attitude.		
Idem	Rétroflexion.		Douloureuse.	42 mai 1885.	Alexander.		Généralisation ré-gulière.			1887, la matrice se maintient en bonne position.		Les douleurs ont disparu.

Noms de l'auteur.	Nature de l'affection.	Age.	Indications opératoires.	Date de l'opération.	Nature de l'intervention.	Accidents pendant l'opération.	Accidents après l'opération.	Date de sortie.	État de l'utérus à la sortie.	Situation de l'utérus à la date à laquelle on a revu la malade.	Grossesse.	Particularités.
Idem	Rétroflexion.		Douloureuse.	28 mai 1885.	Alexander		Guérison.			L'utérus est encore aujourd'hui en bonne position (1888).		Les douleurs ont disparu, mais comme les incisions abdominales ont été trop longues il existe un relâchement de la paroi.
Idem	Rétroflexion avec prolapsus d'un seul ovaire.		Pessaires sans succès.	12 octobre 1885.	Alexander		Quelques jours après ont apparu des phénomènes de paramétrie		L'utérus n'a pas bougé de place et sa situation est normale.	Non revue.		
Idem	Rétroflexion avec un ovaire prolabé.		Dysménorrhée, échec des moyens mécaniques.	9 mars 1886.			Guérison.			Après trois mois on constate la bonne position de l'utérus.		Plus de douleurs.
Idem	Rétroflexion avec prolapsus d'un ovaire			20 mars 1886.			Guérison.			Jusqu'à présent l'utérus se maintient 1888.		
Idem	Rétroflexion avec prolapsus d'un ovaire		Douleurs violentes.	17 juin 1886.			Guérison.		L'utérus en bonne position.			
Geor-ge-Fowler.	Rétroversion.		Dysménorrhée.		Alexander		Guérison.			L'utérus en bonne position.		
Idem	Rétroversion avec rétroflexion		Les pessaires sont insuffisants.		Alexander		Guérison.		Il persiste un léger degré d'abaissement			Les pessaires sont devenus supportables.

Noms de l'auteur.	Nature de l'affection.	Age.	Indications opératoires.	Date de l'opération.	Nature de l'intervention.	Accidents pendant l'opération.	Accidents après l'opération.	Date de sortie.	État de l'utérus à la sortie.	Situation de l'utérus à la date à laquelle on a revu la malade.	Grossesse.	Particularités.
Idem	Rétroversion marquée.	30	Unique accouchement depuis dix ans, en position normale, ischiotrochanterienne, échec de la vessie, échec des pessaires.		Alexander.		Pas de fièvre ni de douleur, on enlève les fils le 12 ^{me} jour.	8 jours.	L'utérus est en bonne position.	Après 6 mois, la réduction s'est maintenue.	Grossesse qui permet d'être normale.	Les symptômes sont vésicaux, ont disparu, les règles ne sont pas douloureuses.
Idem	Rétroversion accompagnée de rétroflexion.	24	Fausse couche. Traitements divers sans résultats.		Alexander.		Guérison régulière.			Deux mois après on constate la guérison de la rétroversion, mais non de la rétroflexion.		Les premières règles sont douloureuses, les suivantes ne le sont que très peu.
Swift.	Rétroflexion avec déchirure du périnée et du col de l'utérus.	37	Pessaires inutiles.		Emmet 3 semaines après Alexander.	Le raccourcissement fut fait de 27 Zollide chaque côté.	Guérison.			Quatre mois plus tard l'utérus se trouve en situation normale.		La femme est très soufflée, la périnéorraphie n'a pas encore été faite.
Mattakowski.	Rétroflexion avec abaissement.	22	Douleurs.		Alexander.	Les deux ligaments sont raccourcis de 8 à 9 cm.	Guérison.			L'utérus est en bonne position.		
Kummel.	Rétroflexion.		Souffre depuis longtemps.		Alexander.	Ligaments raccourcis de 4 cent. seulement.	Les douleurs disparaissent.			Après un mois l'utérus se trouve à nouveau en rétroversion.		Les douleurs sont revenues avec la déviation.

Noms de l'auteur.	Nature de l'adfection.	Age.	Indications opératoires.	Date de l'opération.	Nature de l'intervention.	Accidents pendant l'opération.	Accidents après l'opération.	Date de sortie.	État de l'utérus à la sortie.	Situation de l'utérus à la date à laquelle on a revu la malade.	Grossesse.	Particularités.
Idem	Rétroflexion.		Douloureuse.		Alexander.	On a enlevé seulement 5 centimètres de chaque ligament.	Les douleurs disparaissent pour le moment.			Au bout de six semaines la déviation s'est reproduite.		Les douleurs reviennent de nouveau avec la déviation.
Idem	Rétroflexion.	42	Douloureuse.		Alexander.	Raccourcissement de 10 centimètres.	Quatre jours après, mictions douloureuses.	21 jours		Après quatre mois, l'utérus se trouve légèrement antéfléchi.		Les douleurs ont complètement disparu et ne sont pas revenues.
Idem	Rétroflexion.	32	Douloureuse.		Alexander.	On enleva 42 centimètres de chaque ligament.		19 jours		Ce bon résultat fut constaté longtemps après l'opération.		Les douleurs ont disparu.
Polk.	Rétroflexion adhérente avec métrorhagie.		Douleurs et troubles menstruels.		Alexander.	Ce ligament droit fut bien raccourci, mais le gauche ne céda pas aux tractions.	Guérison régulière.			L'utérus se trouve incliné du côté droit.		
Pa- ris.	Rétroversion avec flexion et prolapsus de l'utérus accompagné de rétocolite.	40	Douleurs et gêne.	30 décembre 1884.	Alexander.	On trouva facilement les ligaments, mais le droit est atrophié, le gauche refuse d'abandonner le col, malgré ce qu'on a fait dans le canal. Raccourcissement à droite de 2 pouces, à gauche de 1 et 1/2.	Léger érysipèle d'une des plaies, malgré cela cicatrisation rapide.		La rétroversion fut partiellement améliorée.			La malade n'a pas tiré grand bénéfice du traitement.
Mundé.	Rétroversion avec prolapsus des deux ovaires.		Douleurs périodiques internes. Incapacité de la marche.		Raccourcissement des ligaments sours.	Mundé sur six opérations n'a trouvé que 3 fois les ligaments.	Guérison normale et régulière.			L'utérus est en situation normale		

Noms de l'auteur.	Nature de l'affection.	Âge.	Indications opératoires.	Date de l'opération.	Nature de l'intervention.	Accidents pendant l'opération.	Accidents après l'opération.	Date de sortie.	État de l'utérus à la sortie.	Situation de l'utérus à la date à laquelle on a revu la malade.	Grossesse.	Particularités.
Smith (de Bristol)	Rétroflexion.				Alexander.				L'utérus s'est maintenu en place 3 mois.	Au commencement du 4 ^{me} mois la matrice est au-dessus de sa position normale.		La conception a duré autant que la grossesse. L'utérus était en place, enlevé et elle s'est reproduite.
Duplay	Rétroflexion.	38.	Douleurs, incapacité physique.	28 octobre 1885.	Alexander.		L'incision droite suppara 15 jours, on a dû sonder la femme durant ce temps. Le 4 ^{me} jour eschare au sacrum.			Revue au bout de six mois, l'utérus se maintient en bonne position.		
4	Rétroflexion très prononcée avec léger prolapsus.	32	Douleurs, travail impossible.	2 décembre 1885.	Alexander.		Suppuration des deux plaies surtout à droite. Cathétérisme les six premiers jours.			L'utérus se maintient en bonne position.		Depuis lors les périodes menstruelles sont régulières et tout va bien.
Imbach	Rétroflexion.	25.	Dysménorrhée.	3 octobre 1883.	Alexander.					Avril 1885. L'utérus se trouve dans sa situation normale.		La femme continue à souffrir.
	Rétroflexion.	32.	Douleurs continues et métrorrhagies.	6 janvier 1884.	Alexander.				Utérus en bonne position.			

Noms de l'auteur.	Nature de l'affection.	Age.	Indications opératoires.	Date de l'opération.	Nature de l'intervention.	Accidents pendant l'opération.	Accidents après l'opération.	Date de sortie.	État de l'utérus à la sortie.	Situation de l'utérus à la date à laquelle on a revu la malade.	Grossesse.	Particularités.
Idem	Rétroflexion avec prolapsus des deux ovaires.	29.	Douleurs continues.	14 février 1884.	Alexander.					En février 1885 l'utérus se maintient en bonne position.	En 1885 elle eut un enfant, pas d'accidents pendant la grossesse, mais elle a eu une présentation transverse.	
"	Rétroflexion.	20.	3 enfants, douleurs continues, dysurie, ovaires sensibles, non augmentés de volume, utérus, mesure 10 cent.	26 février 1884.	Alexander.	15 jours après, on fit le raclage de la muqueuse vésicale.			La femme quitta l'hôpital avec l'utérus en bon position, mais sans être guérie du côté de la vessie.	Non revue.		
"	Rétroflexion avec prolapsus des ovaires	31	Dysménorrhée.	17 mars 1884.	Alexander.							Les souffrances continuent, mais atténuées.
"	Rétroflexion.	31	6 enfants, depuis la dernière les règles n'ont pas reparu, à son entrée à l'hôpital elle a une perte. Douleurs violentes qui la forcent à garder le lit.	31 mars 1884.	Alexander.							Métrorrhagies et douleurs disparues.

Noms de l'auteur.	Nature de l'affection.	Age.	Indications opératoires.	Date de l'opération.	Nature de l'intervention.	Accidents pendant l'opération.	Accidents après l'opération.	Date de sortie.	État de l'utérus à la sortie.	Situation de l'utérus à la date à laquelle on a revu la malade.	Grossesse.	Particularités.
"	Rétroflexion.	27	Dysménorrhée avant et après le mariage.	4 avril 1884.	Alexander suivie de rétroversion.	Raccourcissement facile de deux côtés.	Pas de soulagement, peu de temps après on enleva les ovaires et on trouva que tous les deux étaient purés.		L'utérus se trouve en position anévresion.			Les douleurs viennent à disparaître après la castration.
"	Rétroflexion complète, l'utérus augmenté de volume et ovaires prolapsés.	51	2 enfants le plus petit a 7 ans. Douleurs de rein continues.	25 avril 1884.	Alexander.					Au commencement de 1885 on constate la guérison complète.		
"	Rétroflexion.	24	A gardé le lit pour douleurs pelviennes.	5 septembre 1885.	Alexander.				L'utérus se trouve en position normale.	Perdue de vue.		Pas de soulagement, il faut recourir à la castration pour obtenir une guérison complète.
"	Rétroflexion et ovaires prolapsés et sensibles.	18	Ménorrhagies répétées dont la dernière persiste depuis cinq semaines.	13 décembre 1884.	Alexander.				L'utérus est en bonne position.			Les métrorrhagies et les douleurs ont complètement disparu.

CONCLUSIONS

I. Un certain nombre de rétroversions et surtout de rétroflexions impossibles à maintenir à l'aide des moyens mécaniques (pessaires), entraînant des souffrances continues, des troubles menstruels, et déterminant l'incapacité complète de tout travail : réclament une intervention active.

II. La possibilité de réduire l'utérus à sa position normale, dans la majorité des cas, l'irréductibilité dans certains autres, permettent de diviser nettement les rétro-déviation, en mobiles et facilement réductibles, en résistantes ou difficilement réductibles, et en adhérentes ou irréductibles : distinction très importante au point de vue des moyens à leur opposer.

III. Dans les déviations postérieures facilement réductibles, et les résistantes, l'opération d'Alquié Alexander est efficace ; elle assure la guérison du déplacement et fait disparaître la douleur due à la position vicieuse.

IV. Dans les rétroflexions adhérentes et irréductibles, le raccourcissement des ligaments ronds, est généralement suivi d'échec ; alors de deux choses l'une, ou on doit s'abstenir et faire le traitement symptomatique, où il faut recourir à une autre opération plus efficace s'il en existe, par exemple l'hystéropexie.

V. L'hystéropexie est rationnelle et indiquée : 1° en cas d'échec de l'opération d'Alexander, et lorsqu'il y a rétroflexion douloureuse et irréductible : 2° en cas de fausse réduction ; 3° par le prolapsus d'un ou de deux

ovaires, et leurs adhérences serrées au péritoine pariétal ou aux viscères.

VI. La suture du fond de l'utérus à la paroi abdominale, lorsque la laparotomie est faite dans un autre but, ne doit être pratiquée que si la matrice offre de la tendance à reprendre sa position vicieuse.

VII. L'endométrite si elle existe, doit être traitée en premier lieu, avant toute opération de réduction ou de fixation.

VIII. Nous considérons comme un abus la généralisation de l'hystéropexie et son application aux rétrodéviations mobiles et facilement réductibles.

Vu par le Président de la thèse,

TRÉLAT

Vu par le doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ARAN. — Traité des maladies de l'utérus.
BEURNIER. — Thèse inaugurale de Paris, 1886.
COURTY. — Traité des maladies des femmes.
DOLÉRIS. — Nouvelles archives de gynécologie et obstétrique.
GARDNER. V. — Centralblat für gynakologie, 1888.
GENET (de Barbazieux). — Gazette des hôpitaux, 1865.
HÉGAR et KALTENBAH. — Traité de gynécologie opératoire.
KOEBERLÉ. — Bulletin. Soc. chirurgie 1887. et Gazette Méd. Strasbourg, 1887.
KLOTZ. — Société de gynécologie de Dresde, 1886. Centralb. für gynak., 1888.
LÉOPOLD. — Centralblat für gynakologie, 1888.
MARTIN AUG. — Traité clinique des maladies des femmes, trad. par Varnier et Veisse.
OLSHAUSEN. — Centralb. für gynak, 1886.
POZZI. — Gazette Médicale de Paris, 1888.
PICQUÉ. — Bulletin et Revue générale de thérapeutique, 1888.
POULLET (Lyon). — Mémoire et thèse de Roland (de Lyon).
PETIT L. — Journal de Médecine de Paris, 1886.
RESCH. — Centralblat für gynakologie, 1887.
ROBERTSON. — Edimbourg. Médicale journal XVIII.
RICHELOT. — Union Médicale, 1886, p. 101.
SCHAUTA. — Centralb. für, gynakol., 1887.

- SCHULTZE. — Traité des déviations utérines, trad. par Her-
gott, Zeitschrift für geburtshülf und gynak, 1888.
B. d. XIV.
- SANGER. — Centralb. für gynakologie, 1888, n° 2 § 3.
- SCHUCKRING (de Pyrmouth). — Centralb. für gynak., 1888.
- TERRILLON. — Leçon clinique de la Salpêtrière 1889.
- TRÉLAT. — Semaine Médicale, 4 juillet 1888, p. 261 et clini-
que inédite.
- VEPER. — Thèse de Paris, 1886.
- VALLIN. — Thèse de Paris, 1887.
- VERCHÈRE. — Bulletin Médical de 1888, p. 1563,